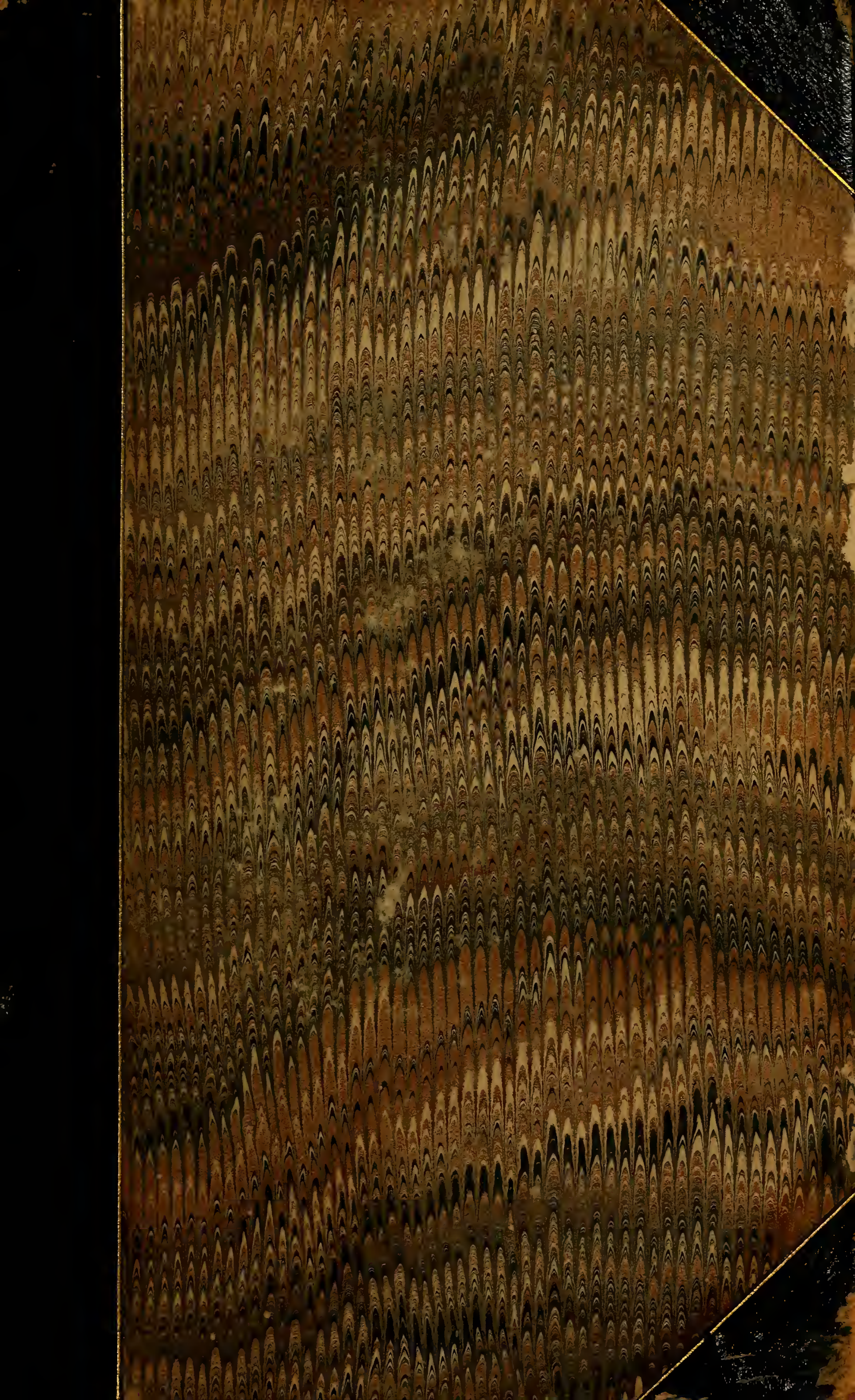
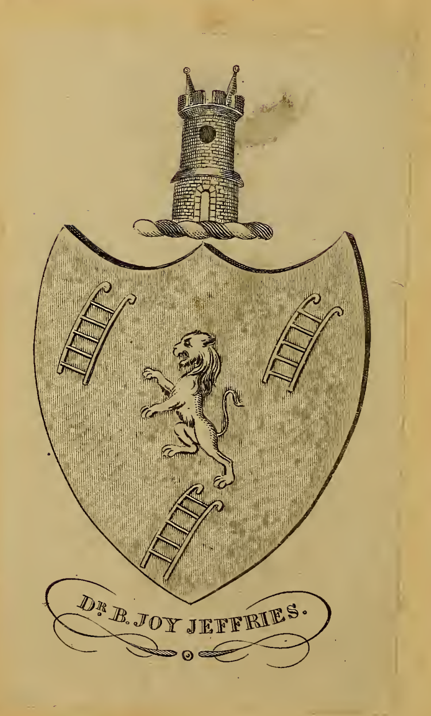



DR. B. JOY JEFFRIES.

MANUEL

PRATIQUE

D'OPHTHALMOLOGIE.

STRASBOURG, IMPRIMERIE DE LEVRAULT.

MANUEL
PRATIQUE
D'OPHTHALMOLOGIE,
OU
TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX.

PAR

VICTOR STŒBER,

DOCTEUR EN MÉDECINE, AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE STRASBOURG.



PARIS,
Chez F. G. LEVRAULT, rue de la Harpe, n.° 81;
STRASBOURG, même maison, rue des Juifs, n.° 33.
1834.

PRÉFACE.

Avant de commencer le travail qu'aujourd'hui je livre au public, j'ai dû me demander quel était le but qu'il s'agissait d'atteindre pour rendre l'ouvrage aussi utile que possible. Livré depuis quelques années à l'enseignement tant théorique que pratique des maladies des yeux; souvent consulté sur le mérite des différens traités d'ophthalmologie, j'ai pu me convaincre de la défectuosité de la plupart de ces ouvrages. Les uns sont trop étendus et par conséquent trop coûteux, les autres sont trop incomplets; d'autres enfin ne me conviennent point sous le rapport de la manière dont le sujet y est traité. Il m'a semblé que, pour les maladies des yeux, nous manquions d'un manuel qui fût succinct sans cesser d'être complet, et qui pût servir de guide, non-seulement au commençant, mais aussi au médecin praticien. C'est là la lacune que j'ai entrepris de combler; le public médical jugera si j'ai réussi ou non. Je ne crains point la critique, je tâcherai au contraire d'en faire mon profit; mais je désirerais qu'on n'examinât et qu'on ne jugeât mon livre qu'en face des malades, c'est la meilleure épreuve à laquelle on puisse soumettre un ouvrage qui a la prétention d'être *pratique*.

Dans la rédaction j'ai toujours préféré la clarté à l'élégance du style; dans cette intention je me suis servi, autant que possible, pour désigner les maladies, de termes intelligibles à tout le monde. Aucune branche de la médecine n'a été, autant que l'ophthalmologie, surchargée de mots grecs et latins; presque chaque auteur a trouvé certains mots mal formés ou trop peu significatifs, et en a inventé de nouveaux. De cette synonymie considérable est résulté une grande confusion; beaucoup d'auteurs se servant quelquefois du même mot pour désigner des maladies différentes. Pour sortir de ce labyrinthe je n'ai vu qu'un moyen, c'était de me servir des expressions les plus simples et de mettre les synonymes en parenthèse. C'est ainsi, par exemple, qu'au lieu de parler de la *cornéite, cératite* ou *kératite,* je traite de l'*inflammation de la cornée,* et que je décris l'*opération de la pupille artificielle par incision de l'iris,* et non l'*iridotomie,* ou *corétomie,* ou *corotomie,* ou *corétotomie.* Cependant il fallait ne pas tomber dans l'excès opposé, et ne pas bannir, à cause de leur origine grecque, des mots sur la signification desquels on est généralement d'accord; aussi me suis-je servi des mots d'*ectropion, entropion, trichiasis,* etc. Pour faciliter les recherches, j'ai ajouté à la fin de l'ouvrage une table alphabétique des matières,

contenant tous les termes d'ophthalmologie; de la sorte ce Manuel pourra servir aussi de dictionnaire ophthalmologique.

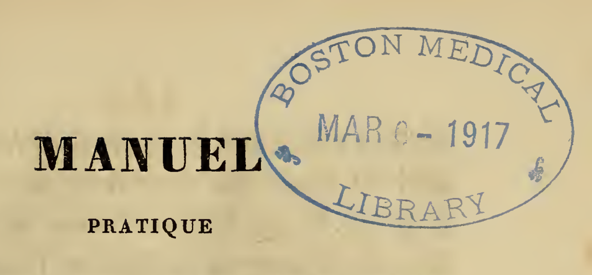
Les limites dans lesquelles je voulais me renfermer ne m'ont pas permis de décrire tous les traitemens et tous les procédés opératoires inventés pour la guérison des maladies des yeux; je n'ai parlé en détail que de ceux qui m'ont le mieux réussi, et de ceux proposés par les auteurs les plus recommandables; la tendance pratique que je voulais imprimer à mon livre, m'a fait passer rapidement sur tout ce qui intéresse plutôt l'histoire de l'art que la thérapeutique oculaire. Pour les personnes cependant qui désireraient faire des recherches spéciales sur l'une ou l'autre des maladies, j'ai indiqué à la fin des articles les principaux ouvrages qui s'occupent de la matière et qui n'ont pu être cités dans le cours des articles.

En ajoutant quelques planches à mon Manuel, j'ai voulu en augmenter l'utilité. Les figures coloriées qui représentent les principales maladies des yeux sont faites d'après plusieurs auteurs, et surtout d'après Beer et Demours. Plusieurs raisons m'ont empêché de les faire peindre d'après nature : d'abord je n'aurais pas toujours eu à ma disposition, au moment convenable, des individus affectés des maladies que je voulais repré-

senter; ensuite je me serais difficilement procuré un artiste habitué à peindre d'après nature les yeux malades; enfin je n'ai pas cru pouvoir mieux faire que de copier des figures dont maintes et maintes fois j'avais eu l'occasion de vérifier l'exactitude, en les comparant avec des yeux affectés des maladies représentées.

Quant à la troisième planche, on n'y trouvera pas tous les instrumens inventés pour les opérations qui se pratiquent aux yeux, mais ceux qui y sont représentés suffisent et remplacent avantageusement les instrumens plus compliqués qui augmentent inutilement l'arsenal chirurgical.

TABLE DES CHAPITRES.



MANUEL
PRATIQUE
D'OPHTHALMOLOGIE.

INTRODUCTION.

La nosologie et la thérapeutique oculaires, qui forment le sujet de cet ouvrage, constituent avec l'anatomie, la physiologie et l'hygiène de l'œil, la science appelée *ophthalmologie.* Cette branche importante de la médecine a depuis les temps les plus reculés été distraite de la science mère, et exercée par des hommes qui s'intitulaient exclusivement *oculistes.* Il y avait des oculistes non-seulement chez les anciens Égyptiens, chez lesquels chaque classe de maladies était traitée par une classe particulière de médecins; mais les oculistes existaient aussi chez les anciens Grecs et Romains, et ils se sont perpétués jusqu'à nos jours, au grand détriment de la science, dont ils ont retardé les progrès, plutôt qu'ils n'ont servi à la faire avancer.

Ce n'est que dans la première moitié du 18.e siècle que l'ophthalmologie commença à attirer toute l'attention qu'elle mérite, et c'est aux médecins fran-

çais et à l'académie de chirurgie qu'est principalement dû l'essor que prit alors cette partie de la médecine. Depuis la fin du dernier siècle cette branche a été de nouveau négligée en France, mais cultivée avec beaucoup de prédilection par les médecins allemands, qui l'ont portée au point de perfection qu'elle a atteint de nos jours.

Les auteurs d'ouvrages ophthalmologiques ont diversement divisé les maladies des yeux. Les uns ont adopté dans leur exposition la marche anatomique; d'autres ont pris pour base de leurs divisions tel ou tel système nosologique; d'autres enfin ont cru échapper aux défauts des classifications en suivant l'ordre alphabétique. Chacune de ces divisions a ses avantages et ses inconvéniens. Sans attacher à cette question plus d'importance qu'elle n'en mérite, j'ai cependant cru devoir, dans l'exposition des maladies des yeux, suivre l'ordre qui me paraissait le plus naturel; en conséquence j'ai divisé ces maladies en quatre grandes classes, suivant que l'affection réside dans les parties accessoires de l'organe de la vision, savoir : les voies lacrymales, l'orbite, les paupières, ou dans le globe de l'œil lui-même. La première classe, qui comprend les maladies des organes lacrymaux, présente quatre subdivisions, suivant que la maladie a son siége dans la glande lacrymale, la caroncule lacrymale, les points et conduits lacrymaux, le sac lacrymal et le canal nasal.

Dans toutes les classes et dans les subdivisions de la première, j'ai toujours commencé par l'inflammation des parties; puis j'ai parlé des lésions organiques, qui le plus souvent sont la suite de l'inflammation; viennent ensuite les lésions dynamiques, ou du moins les maladies qui ne présentent aucune lésion organique appréciable pendant la vie; après celles-ci j'ai exposé les vices de conformation, et enfin les lésions mécaniques. Dans la classe des maladies du globe de l'œil, j'ai fait une section particulière de chacune de ces espèces de lésions; je ne l'ai pas fait pour les trois premières classes, parce que le nombre plus restreint de maladies rend inutile cette subdivision.

Pour éviter des répétitions fastidieuses, j'ai dû rassembler et renvoyer à la fin de l'ouvrage toutes les considérations que j'avais à présenter sur la manière d'appliquer aux yeux les moyens médicamenteux et sur les doses de ces remèdes.

Avant de pouvoir reconnaître et traiter les maladies des yeux, il faut savoir examiner ces organes. Dans l'examen de l'œil, on doit surtout faire attention à l'état des parties environnantes, principalement des paupières, des cils, des voies lacrymales; à la couleur des différentes parties qui entrent dans la composition du globe de l'œil; à la disposition des vaisseaux sanguins qu'on aperçoit dans cet organe; au degré de transparence des humeurs de l'œil

et des tissus transparens; à la contractilité et à la position de l'iris; à la dimension et à la forme du globe oculaire; à sa mobilité; à sa consistance; à l'état dans lequel se trouve la faculté visuelle; à la plus ou moins grande sensibilité à la lumière; aux sensations du malade. Pour examiner le globe de l'œil, on se borne le plus souvent à écarter les paupières avec deux doigts, et à regarder l'œil d'abord en face, puis en profil; cette dernière précaution est surtout nécessaire pour bien distinguer les maladies de la conjonctive, de la cornée et de la chambre antérieure. Mais quand il s'agit d'examiner toute l'étendue de la conjonctive, on est obligé de s'y prendre autrement; on abaisse la paupière inférieure avec le doigt, et l'on fait tourner le globe de l'œil en haut, ce qui permet d'examiner la partie inférieure de l'organe; ensuite on soulève la paupière supérieure en saisissant un pli de la peau près du bord palpébral, et en éloignant la paupière du globe de l'œil, qu'on fait tourner en bas, ce qui fait paraître la partie supérieure de l'œil. Quelquefois, cependant, pour mieux voir la partie supérieure de la conjonctive, on est obligé de renverser la paupière, ce qui se pratique, soit avec les doigts seuls, soit au moyen d'une sonde ou de tout autre corps mince et alongé, qu'on applique au-dessus du bord supérieur du cartilage tarse, tandis qu'avec les doigts on saisit le bord de la paupière, qu'on renverse alors

avec le cartilage tarse. Cette opération est quelquefois douloureuse, et lorsque les paupières sont courtes, elle n'est pas toujours praticable.

Une précaution à prendre en examinant l'œil, c'est de placer le malade dans une situation convenable par rapport à la lumière, afin que l'œil ne réfléchisse pas l'image de l'observateur; à cet effet il est surtout essentiel que la lumière ne frappe l'œil que dans une seule direction. La lumière du jour suffit le plus souvent, quelquefois cependant on est obligé d'examiner l'œil à une lumière plus intense; nous employons alors les rayons du soleil ou le reflet d'une glace; mais ces moyens irritent l'œil et ne sont par conséquent pas sans inconvéniens. On peut s'en passer dans la plupart des cas où l'on est appelé à examiner le fond de l'œil, en se servant d'une loupe ou de lunettes, et en ayant soin de dilater préalablement la pupille au moyen des préparations de belladone ou de jusquiame, et surtout des dernières, qui dans ces cas méritent la préférence, parce que leur action est moins violente et moins prolongée. (Voyez, pour la manière d'employer ces moyens, les articles *Belladone* et *Jusquiame*, dans les considérations sur les médicamens ophthalmiques, à la fin de l'ouvrage.)

Il est des cas où, loin d'avoir recours à une lumière artificielle, nous sommes même obligés de modérer la clarté du jour; il y a des yeux (ceux

affectés d'ophthalmie scrophuleuse, par exemple) qui sont tellement sensibles à la lumière, que nous ne pouvons les examiner qu'à un demi-jour; d'autres, où le spasme des paupières est si fort que, lorsqu'il est essentiel d'examiner l'œil, nous ne pouvons le faire qu'après avoir combattu ce spasme par les moyens que j'indiquerai en parlant du spasme des paupières et de l'ophthalmie scrophuleuse; d'autres, enfin, dont l'examen est empêché par un gonflement inflammatoire ou œdémateux des paupières, qui doit d'abord être combattu.[1]

Avant de terminer ces généralités sur les maladies des yeux, j'indiquerai les principaux traités d'ophthalmologie, et surtout ceux publiés dans ces derniers temps. Je renvoie, pour la liste complète des ouvrages d'ophthalmologie, à la Bibliothèque ophthalmique de BEER (*Bibliotheca opththalmica, in qua scripta ad morbos oculorum fac. a rerum initiis usque ad finem anni* 1797, *breviter recens, etc. Viennæ*, 1799, 3 vol.), aux bibliographies médicales et aux journaux de médecine des dernières années.

---

1 Le professeur HIMLY, de Gœttingue, a consacré à l'exploration des yeux un chapitre très-détaillé de son Introduction à l'ophthalmologie (*Einleitung zur Augenheilkunde*, 3*te Aufl.*, *Gœtt.*, 1830). Ce chapitre, qui est ce qu'on a de plus complet sur ce sujet, a été traduit en français par M. BARTH, et inséré dans les Archives générales de médecine de 1832, t. 30, p. 378.

G. Bartisch, *Ophthalmoduleia oder Augendienst. Dresden*, 1583. — *2te Aufl. Nürnberg*, 1686.

J. Guillemeau, Traité des maladies de l'œil, qui sont au nombre de cent treize, etc. Paris, 1585.

De la Hire, Traité des accidens de la vue. Paris, 1694.

A. Maitre-Jan, Traité des maladies de l'œil, et des remèdes propres pour leur guérison. Paris, 1707.

De Saint-Yves, Nouveau traité des maladies des yeux. Paris, 1722. — Amsterdam, 1736.

H. Boerhaave, *Prælectiones de morbis oculorum. Gœtting.*, 1746.

Guérin, Traité sur les maladies des yeux. Lyon, 1769.

L. F. Deshais Gendron, Traité des maladies des yeux. Paris, 1770, 2 vol.

J. Janin, Mémoires et observations anatomiques, physiologiques et physiques sur l'œil et sur les maladies qui affectent cet organe. Lyon, 1772.

J. J. Plenk, *Doctrina de morbis oculorum. Viennæ*, 1777.

G. Chandler, *A treatise on the diseases of the eye and their remedies. London*, 1780.

Pellier de Quengsy, Recueil de mémoires et d'observations, tant sur les maladies qui attaquent l'œil, etc. Montpellier, 1783.

Desmonceaux, Traité des maladies des yeux et des oreilles. Paris, 1786, 2 vol. — 2.e édit., Paris, 1806.

Gleize, Observations sur les maladies de l'œil. Paris, 1786. — 2.e édit. Orléans, 1812.

Pellier de Quengsy, Précis ou cours d'opérations sur la chirurgie des yeux, accompagné de 33 planches, etc. Paris, 1789, 2 vol.

K. G. T. Kortum, *Medicinisch-chirurgisches Handbuch der Augenkrankheiten. Lemgo*, 1791-1793, 2 vol.

G. J. Beer, *Lehrbuch der Augenkrankheiten. Wien*, 1792, 2 vol.

G. J. Beer, *Lehre von den Augenkrankheiten. Wien*, 1813-1817, 2 vol. avec fig.

A. Scarpa, *Saggio di osservazioni et di esperienze sulle principali malattie degli occhi. Pavia*, 1801.

La 5.e édition de cet ouvrage parut sous le titre de : *Trattato delle principali malattie degli occhi. Pavia*, 1816, 2 vol. avec fig. Il existe trois traductions françaises de ce traité : la première, par Leveillé, a eu deux éditions, en 1802 et 1811 ; les deux autres ont paru en 1821 ; l'une est due à MM. Bellanger et Bousquet, l'autre à MM. Bégin et Fournier-Pescay. L'ouvrage de Scarpa a également été traduit en allemand et en anglais.

De Wenzel, Manuel de l'oculiste, ou Dictionnaire ophthalmologique. Paris, 1808, 2 vol. avec fig.

J. C. Saunders, *Treatise on some practical points relating to the diseases of the eye. London*, 1811. — 2.e édit. Lond., 1816, avec fig.

A. P. Demours, Traité des maladies des yeux. Paris, 1818, 3 vol. de texte et un vol. de planches.

J. Wardrop, *Essays on the morbid anatomy of the human eye. Edinb.*, 1818-1819, 2 vol. avec fig.

G. Baratta, *Osservazioni pratiche sulle principali malattie degli occhi. Milano*, 1818, 2 vol. avec fig.

G. Quadri, *Annotazioni pratiche sulle malattie degli occhi. Napol.*, 1819 — 1827, 3 vol. avec fig.

C. H. Weller, *Die Krankheiten des menschlichen Auges. Berlin*, 1819, avec fig. — 3te *Aufl.* 1826.

Cet ouvrage a été traduit en français par MM. Riester et Jallat, sous le titre de : Traité théorique et pratique des maladies des yeux. Paris, 1828, 2 vol. avec fig.

J. Vetch, *A practical treatise on the diseases of the eye. London*, 1820.

B. Travers, *A synopsis of the diseases of the eye and their treatment, to which are prefixed a short anatomical description and a sketch of the physiology of that organ. London*, 1820. — 3.ᵉ édit. 1827, avec fig.

F. Delarue, Cours complet des maladies des yeux. Paris, 1820. — 2.ᵉ édit. Paris, 1823.

A. P. Demours, Précis théorique et pratique sur les maladies des yeux. Paris, 1821.

G. L. Helling, *Practisches Handbuch der Augenkrankheiten, nach alphabetischer Ordnung. Berlin*, 1821 — 1822, 2 vol. avec fig.

T. W. G. Benedict, *Handbuch der praktischen Augenheilkunde. Leipzig*, 1822 — 1825, 5 vol.

G. J. Guthrie, *Lectures on the operative surgery of the eye. London*, 1823.

J. T. Fabini, *Doctrina de morbis oculorum. Pesthini*, 1823. — 2.ᵉ édit. Pesth, 1831.

K. J. Beck, *Handbuch der Augenheilkunde. Heidelberg*, 1823. — 2te *Aufl., Heidelberg*, 1832.

C. F. Gondret, Observations sur les maladies des yeux. Paris, 1823.

M. J. A. Schœn, *Handbuch der pathologischen Anatomie des menschlichen Auges; mit Vorrede von Doct.ʳ* Meckel. *Hamburg*, 1828.

J. C. Jüngken, *Die Lehre von den Augenoperationen. Berlin*, 1829, avec fig.

A. Rosas, *Handbuch der theoretischen und praktischen Augenheilkunde. Wien*, 1829 — 1830, 3 v. avec fig.

W. Mackenzie, *A practical treatise on the diseases of the eye. London*, 1830.

Cet ouvrage a été traduit en allemand en 1832.

W. Lawrence, Traité pratique sur les maladies des yeux, ou leçons données à l'infirmerie ophthalmique de

Lond.; trad. de l'angl., par C. Billard. Paris, 1830.
Les leçons de M. Lawrence sont contenues dans *The Lancet*, vol. 9 et 10, année 1825 à 1826.

J. C. Jüngken, *Die Lehre von den Augenkrankheiten. Berlin*, 1832.

J. N. Fischer, *Klinischer Unterricht in der Augenheilkunde. Prag*, 1832, avec fig.

W. Lawrence, *A treatise on the diseases of the eye. London*, 1833.

J. H. Curtis, *A treatise on the physiology and diseases of the eye. London*, 1833.

Les collections et ouvrages périodiques suivans, consacrés à l'ophthalmologie, méritent d'être cités.

C. Himly *und* J. A. Schmidt, *Ophthalmologische Bibliothek. Jena*, 1803 — 1807, 3 vol.

C. Himly, *Bibliothek für Ophthalmologie. Hannov.* 1816 — 1819, 2 cahiers.

Guillié, Bibliothèque ophthalmolog. Paris, 1820, 5 cah.

J. Radius, *Scriptores ophthalmologici minores. Lips.*, 1826 — 1830, 3 vol. avec fig.

F. P. Ritterich, *Jährliche Beiträge zur Vervollkommnung der Augenheilkunst. Leipz.*, 1827, avec fig.

F. A. von Ammon, *Zeitschrift für die Ophthalmologie. Dresden*, 1831 — 1833, 2 vol. et 2 cahiers du 3.e vol. avec fig. Ce journal continue à paraître.

Outre ces ouvrages spécialement consacrés à l'ophthalmologie, on peut encore citer, comme ayant traité plus ou moins complétement des maladies des yeux, les Dictionnaires de médecine et les ouvrages de chirurgie de Sabatier, Richter, Boyer, Richerand, Delpech, S. Cooper, Velpeau, Rust, etc., etc.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DES ORGANES LACRYMAUX.[1]

SECTION PREMIÈRE.

GLANDE LACRYMALE.

1.° *Inflammation de la glande lacrymale* (dacryadenitis).

Cette maladie, qui affecte principalement les jeunes sujets d'une constitution scrophuleuse, par suite d'un refroidissement de la tête, d'un courant d'air qui a frappé les tempes, se manifeste par les symptômes suivans : pression et douleurs lancinantes dans la région de la glande lacrymale, augmentées par les mouvemens du globe de l'œil vers en haut et en dehors, ainsi que par les mouvemens de la paupière supérieure; diminution ou suppression de la sécrétion lacrymale, d'où résulte la sécheresse de l'œil (le *scheroma*, *xeroma*, *xerophthalmos* des anciens); photophobie[2], injection de la conjonctive vers l'angle externe de l'œil, légère tuméfaction de la

---

1 J. A. Schmidt, *Ueber die Krankheiten des Thränenorganes. Wien*, 1803.

2 Ce terme, presque généralement employé par les médecins étrangers, ayant été adopté par quelques médecins français (Guillié, etc.), je m'en servirai également pour éviter la répétition fréquente de cette longue phrase : *difficulté à supporter l'impression de la lumière.*

paupière supérieure, céphalalgie, fièvre. Peu à peu les douleurs deviennent plus intenses, les mouvemens de l'œil plus difficiles; la vision se trouble et se perd; le globe de l'œil est poussé en avant et vers l'angle interne; la paupière supérieure devient rouge, tuméfiée, tendue. Au bout de quelques jours les douleurs deviennent pulsatives; le malade a de fréquens frissons, ce qui annonce la suppuration : bientôt on sent une fluctuation obscure, puis on voit paraître un point jaune, soit à la face extérieure de la paupière supérieure, soit à la conjonctive qui en revêt la face interne; ce point jaune s'ouvre et donne issue à du pus souvent mêlé de larmes, après quoi le globe de l'œil rentre dans l'orbite. Si la maladie a été bénigne et le malade d'une bonne constitution, les restes d'inflammation se dissipent, et tout revient à l'état normal, à l'exception de la vue, qui reste presque constamment un peu affaiblie. Mais la marche de la maladie n'est pas toujours aussi bénigne; l'inflammation peut s'étendre au périoste et même aux méninges; elle peut aussi entraîner après elle une suppuration de mauvaise nature, occasioner des trajets fistuleux d'autant plus difficiles à guérir, que le malade est d'une constitution plus détériorée, et que ces trajets fistuleux aboutissent à une portion d'os cariée, ou communiquent avec un des conduits excréteurs de la glande lacrymale : dans ce dernier cas il arrive qu'après la résolution complète de l'in-

flammation et la cicatrisation presque complète de l'ouverture de l'abcès, il ne reste à la paupière supérieure qu'un point presque imperceptible qui communique avec la glande lacrymale, et par lequel sort de temps en temps une goutte d'humeur lacrymale; c'est ce qu'on a nommé *fistule lacrymale*, ou mieux, *fistule de la glande lacrymale*.

L'inflammation de la glande lacrymale ne se termine pas toujours par suppuration : on est quelquefois assez heureux pour amener la résolution; chez les scrophuleux, par contre, elle a de la tendance à se terminer par induration et par le squirrhe de la glande lacrymale, qui sont faciles à reconnaître à la persistance de tous les symptômes qui dépendent de la pression du globe de l'œil et de l'absence de la sécrétion lacrymale, et à la présence d'une tumeur immobile, dure, inégale et indolore à l'angle externe de l'orbite.

L'inflammation peut aussi donner lieu à l'atrésie des canaux excréteurs de la glande et au dacryops.

Il résulte de tout ce que nous venons de dire, que l'inflammation de la glande lacrymale est une maladie très-grave, et qui doit être combattue par les moyens les plus énergiques. Les saignées générales et locales sont indiquées au commencement de la maladie, ainsi que les applications froides; ces dernières cependant ne doivent pas être continuées longtemps, et ne doivent même pas être employées du

tout chez les scrophuleux, chez lesquels elles favoriseraient la tendance à l'induration : on les remplace par l'application de compresses sèches chauffées et par des frictions avec de l'onguent mercuriel au front et à la tempe, à la dose d'un à deux scrupules par jour. A l'intérieur on donne soit du calomel, soit des sels neutres, et le malade est mis à la diète.

Lorsqu'on voit qu'il n'est plus possible d'obtenir la résolution de l'inflammation, on favorise la suppuration en remplaçant l'application de compresses sèches par celle de cataplasmes émolliens ou narcotico-émolliens, qu'on a soin de renouveler souvent; lorsque ce fréquent renouvellement ne peut pas avoir lieu, comme par exemple la nuit, il vaut mieux couvrir la tumeur d'un emplâtre de diachylon ou mercuriel, que de laisser les cataplasmes se refroidir et se dessécher sur la tumeur. L'ouverture de l'abcès est abandonnée à la nature : on amène ensuite sa cicatrisation en continuant l'usage des cataplasmes, si la suppuration est bonne; si elle est mauvaise, on tâche, par des remèdes généraux, d'améliorer la constitution du malade, et on panse la plaie avec des substances stimulantes, l'onguent digestif, l'onguent de styrax, le baume d'Arcæus; mais d'abord on s'assure au moyen d'un stylet si la suppuration n'est pas entretenue par la carie de l'orbite : si cela était, on se conduirait comme il sera dit à l'article *Inflammation du tissu cellulaire et du périoste de l'orbite.*

S'il restait une fistule de la glande lacrymale, il faudrait la cautériser soit avec la pierre infernale, soit avec le beurre d'antimoine, soit, enfin, avec une aiguille chauffée à blanc, et qu'on introduit dans le conduit fistuleux. On répète cette cautérisation lorsqu'après la chute de la petite escharre, la fistule n'est pas encore fermée.

L'induration de la glande lacrymale, qui termine quelquefois l'inflammation, ne peut être dissipée que très-lentement, au moyen de frictions mercurielles et d'un emplâtre mercuriel, que le malade portera pendant des mois entiers.

2.° *Squirrhe et carcinome de la glande lacrymale.*

Nous avons dit dans le précédent article que l'inflammation de la glande lacrymale se terminait quelquefois, et surtout chez les scrophuleux, par le squirrhe de cet organe. On sent alors à la partie supérieure et externe de l'orbite une tumeur immobile, dure, bosselée et indolore, qui gêne plus ou moins les mouvemens du globe de l'œil, qu'elle peut même comprimer et pousser hors de l'orbite; la sécrétion lacrymale est en même temps supprimée.

Ce squirrhe, après avoir acquis une certaine étendue, reste ordinairement stationnaire, et a peu de tendance à passer à l'état carcinomateux; aussi fait-on bien de l'abandonner à lui-même, et de n'em-

ployer que les moyens généraux, réclamés par la constitution le plus souvent détériorée du malade. Si cependant le squirrhe était assez volumineux pour comprimer l'œil et causer des accidens, ou s'il menaçait de s'ulcérer et par conséquent de se changer en cancer, il faudrait recourir à son extirpation.

On croyait autrefois qu'en extirpant la glande lacrymale, il fallait enlever aussi le globe de l'œil; mais des observations plus récentes ayant prouvé que ce dernier pouvait continuer à remplir ses fonctions sans l'assistance de la glande lacrymale, on se borne de nos jours à extirper cette glande seule, lorsqu'elle est seule malade.

L'opération se fait avec une érigne, une pince, un bistouri et des ciseaux courbes sur le plat. On incise la peau qui recouvre la tumeur; on fait écarter les lèvres de la plaie par un aide; puis, après avoir saisi la tumeur avec l'érigne, ou la pince, on la dissèque avec les doigts, le bistouri ou les ciseaux, en ayant soin de ne pas blesser l'œil. Pour les tumeurs peu étendues, on peut aussi, comme le conseille M. Velpeau [1], inciser la commissure externe de manière à pouvoir renverser les paupières et pénétrer jusqu'à la tumeur, en incisant la conjonctive. Après l'opération on introduit dans la plaie

---

1 A. A. L. M. Velpeau, Nouveaux élémens de médecine opératoire. Paris, 1832, tom. I.er, pag. 683.

une mèche de charpie enduite de cérat; par-dessus on met un plumasseau et une compresse, et on fixe le tout par un bandeau ou le bandage appelé monocle. Dès que la suppuration commence à se faire, on panse tous les jours soit avec du cérat, lorsque la cicatrisation avance, soit avec de l'onguent digestif, lorsque les granulations tardent à se développer.

3.° *Atrésie des canaux excréteurs de la glande lacrymale.*

L'inflammation de la glande lacrymale, les blessures et les brûlures de cet organe et de la conjonctive, peuvent occasioner l'atrésie d'un ou de plusieurs des canaux excréteurs de la glande. Il en résulte pour le malade la sensation de sécheresse de l'œil, ou de poussière sur cet organe; en relevant la paupière supérieure, on aperçoit quelquefois une petite cicatrice.

Cette incommodité n'est ordinairement que passagère, l'occlusion affectant rarement tous les canaux excréteurs, et ceux qui restent libres se dilatant alors peu à peu pour remplacer ceux qui sont fermés.

On modère la sensation de sécheresse de l'œil en humectant souvent cet organe avec des collyres mucilagineux : la décoction de racine de guimauve, le mucilage de gomme arabique, la décoction de salep, etc.

4.° *Dacryops* (dacryops palpebræ superioris).

Maladie rare, qui consiste dans une tumeur sise dans la région de la glande lacrymale, et contenant du fluide lacrymal.

On attribue cette tumeur soit à la dilatation d'un des canaux excréteurs de la glande lacrymale, dont l'ouverture extérieure serait fermée, soit à l'ouverture d'un de ces canaux dans une cellule du tissu cellulaire, et à l'épanchement lacrymal qui en résulterait. Quoi qu'il en soit, cette maladie est caractérisée par une tumeur ronde ou ovale, de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de pigeon, indolore, fluctuante et mobile sous la peau, qui n'est pas altérée. Quand on renverse la paupière supérieure, on voit la tumeur faire saillie en dedans, recouverte par la conjonctive. L'œil est habituellement un peu plus sec que dans l'état normal ; et lorsque le malade pleure, la tumeur grossit et ne diminue ensuite que très-lentement au bout de quelques heures. Un dacryops un peu considérable gène les mouvemens de l'œil et de la paupière supérieure.

Cette maladie n'est nullement dangereuse, mais très-difficile à guérir; on n'y parvient que par une opération, qui encore ne réussit pas toujours. Cette opération consiste dans l'extirpation de la tumeur, qu'on pratique comme celle des tumeurs cystiques des paupières (v. cet article); mais de préférence par

en dedans, c'est-à-dire qu'on fait renverser la paupière supérieure par un aide, et qu'on incise la conjonctive pour extraire la tumeur par là, et ne donner lieu par conséquent ni à une cicatrice extérieure, ni à une fistule de la glande lacrymale.

De quelque manière qu'on ait opéré, il arrive fréquemment que, la plaie s'étant fermée, la tumeur se forme de nouveau, ou que celle-ci se reproduise quoique la plaie ne se soit fermée qu'incomplétement, et qu'il soit resté une ouverture capillaire, mais trop étroite pour laisser écouler continuellement l'humeur lacrymale; dans ce dernier cas, qu'on a nommé *Dacryops fistuleux*, en pressant sur la tumeur, on fait sortir de l'ouverture fistuleuse un jet d'humeur lacrymale. Dans les deux cas on est obligé de recourir de nouveau à l'opération pour guérir le malade, à moins qu'on ne préfère s'en tenir à une cure palliative, qui consiste à vider la tumeur aussi souvent qu'elle est remplie, moyennant une ponction faite avec une lancette à travers la conjonctive, ou bien à passer à travers la tumeur un fil de soie, qu'on y laisse à demeure en guise de séton, et dont on fait sortir les deux bouts d'entre les paupières à leur commissure externe. Cette dernière méthode a l'avantage de procurer un écoulement continuel à l'humeur lacrymale; mais elle occasionne et entretient l'inflammation de la conjonctive.

5.° *Hydatide de la glande lacrymale* (glandula lacrymalis hydatoidea).

Maladie terrible et heureusement très-rare, mais par cette raison aussi peu connue. Les auteurs l'attribuent à l'épanchement de l'humeur lacrymale dans une cellule du tissu cellulaire, qui joint ensemble les grains de la glande lacrymale; cette cellule augmente peu à peu de volume, perd ses adhérences avec les parties environnantes, et forme comme un corps étranger au milieu de la glande lacrymale. Au commencement l'hydatide ne s'accompagne que de douleurs sourdes dans la région lacrymale, d'hémicranie et de sécheresse de l'œil; mais à mesure que la maladie se développe, elle comprime le globe de l'œil, le pousse hors de l'orbite, détruit la vue, occasionne de l'insomnie et de la fièvre. Elle se termine alors tantôt promptement par une apoplexie, tantôt plus lentement, en occasionant l'inflammation et la suppuration du globe de l'œil, et par suite une fièvre lente.

Nous ignorons complétement les causes qui peuvent donner lieu à cette maladie, qui marche rapidement et acquiert dans l'espace de quelques semaines sa plus grande intensité.

On parvient quelquefois à arrêter la marche de cette maladie, mais rarement à la guérir. On fait à cet effet l'extirpation de la vésicule ou sa ponction. Celle-ci se pratique au moyen d'une lancette sous la

paupière supérieure, près de la commissure externe. Après avoir laissé écouler l'humeur contenue, on introduit dans l'ouverture une petite mèche de charpie, enduite de cérat ou imprégnée d'eau de Goulard, ou bien une corde à boyaux; on renouvelle cette mèche ou cette corde aussi souvent que cela est nécessaire, jusqu'à ce que l'ouverture de l'hydatide soit devenue calleuse, et par conséquent toute nouvelle accumulation de larmes dans son intérieur rendue impossible. Il arrive quelquefois que l'hydatide se détache complétement, et peut être extraite avec des pinces : dans ce dernier cas seul la guérison est radicale. L'extirpation se pratique comme pour le dacryops. De nouvelles recherches sont d'ailleurs nécessaires pour bien établir la différence de ce dernier et de l'hydatide.

6.° *Épiphora* (*larmoiement*, dacryorrhœa, dacryorrhysis, dacryostagon, dacryoma).

Cette incommodité, qui consiste dans l'écoulement des larmes sur les joues, et qui dépend soit de la sécrétion trop abondante de l'humeur lacrymale, soit du ralentissement ou de l'interception de son cours par les voies lacrymales, peut accompagner un grand nombre de maladies, telles que différentes ophthalmies, la variole, la rougeole, la scarlatine, l'obstruction des points et conduits lacrymaux, du sac lacrymal, du canal nasal.

L'épiphora disparaît communément avec la maladie, dont il n'est qu'un symptôme; quelquefois cependant il persiste après la cessation de la maladie qui lui a donné naissance. Il dépend alors d'une irritation ou d'une atonie de la glande lacrymale.

Dans le premier cas, qui s'accompagne toujours d'irritation de la conjonctive, on combat l'épiphora par l'usage des révulsifs et des collyres opiacés, rendus plus tard légèrement astringens par l'acétate de plomb, la pierre divine, l'alun, le sulfate de zinc.

Lorsque l'épiphora dépend de l'*atonie de la glande lacrymale* (*dacryadenatonia*), qui s'observe quelquefois à la suite de contusions de la glande et d'ophthalmies violentes, et s'accompagne parfois de relâchement de la paupière supérieure, il augmente toujours quand le malade fatigue ses yeux, ou les expose à une vive lumière. Les douches froides sur la paupière supérieure, répétées plusieurs fois par jour, les frictions spiritueuses avec les huiles essentielles ou l'ammoniaque, l'application sur la paupière supérieure d'une compresse camphrée, l'usage d'un collyre légèrement astringent, du sulfate de zinc, par exemple, sont les moyens qu'on oppose avec le plus de succès à l'atonie de la glande lacrymale, et par conséquent à l'épiphora qu'elle occasionne.

Observation. Chez les scorbutiques il y a quelquefois un larmoiement sanguinolent, auquel on a donné le nom de *dacryohæmorrhysis* ou *dacryæ-*

morrhysis. Le même terme a été appliqué à l'écoulement du sang par les yeux, de quelque cause qu'il provienne. On a appelé *dacryopyorrhœa*, l'écoulement de pus mêlé aux larmes; *dacryoblennorhœa*, l'écoulement de mucosités mêlées aux larmes; *dacryallœosis*, la dyscrasie ou mauvaise composition des larmes, qui sont âcres, irritantes dans certaines ophthalmies, et semblent être altérées dans les cas où il se dépose des concrétions calculeuses dans les voies lacrymales; enfin, on a nommé *dacryadenalgia*, la douleur dans la glande lacrymale. Toutes ces dénominations, n'indiquant que des symptômes, sont au moins superflues.

SECTION II.

CARONCULE LACRYMALE.

Inflammation de la caroncule lacrymale (encanthis, canthitis nasalis).

Cette maladie est toujours occasionée par un corps étranger qui s'est introduit dans la caroncule lacrymale. Elle se manifeste par la rougeur, la tuméfaction et la douleur de cette partie: la rougeur se communique à la conjonctive avoisinante; la tuméfaction, quand elle est un peu forte, empêche les points lacrymaux d'absorber les larmes, d'où résulte du larmoiement; la douleur est lancinante et se fait surtout sentir lorsqu'on touche la partie malade, et lorsque les paupières se ferment.

Cette inflammation peut, au bout de quelques jours, se résoudre, ou bien se terminer par suppuration, ou, enfin, passer à l'état chronique et faire naître des fongosités ou le squirrhe de la caroncule. Lorsque la suppuration va s'établir, les douleurs diminuent; du mucus en plus grande quantité est excrété par les glandes de la caroncule et forme des croûtes; la rougeur et la tuméfaction augmentent, et enfin on voit apparaître, entre la caroncule et la membrane clignotante, un point jaune qui s'ouvre et donne issue au pus. Les accidens diminuent alors, et tout rentre dans l'ordre, à moins que la suppuration ne soit trop abondante ou de mauvaise qualité, et ne corrode la caroncule en partie (*rhyas*) ou en totalité (*rhacos*, *rhacosis*); ce qui est toujours suivi d'un larmoiement incurable, qui provient de ce que les larmes ne peuvent plus s'amasser dans le grand angle de l'œil. Quelquefois aussi, quand la suppuration est de mauvaise qualité, elle donne lieu à des fongosités (*encanthis fungosa*, *maligna*), qui peuvent aussi naître sans suppuration préalable.

L'induration et le *squirrhe de la caroncule* ne suivent guères l'encanthis que chez les individus cacochymes; et il est très-rare que ce squirrhe passe à l'état carcinomateux.

Le traitement consiste d'abord dans l'extraction du corps étranger, qu'on ne découvre quelquefois

qu'au moyen de la loupe. On fait ensuite des fomentations froides, et on obtient ainsi la résolution de la maladie toutes les fois qu'on est appelé dès le commencement. Lorsqu'on aperçoit de la tendance à la suppuration, on la favorise par des fomentations émollientes qu'on continue après l'ouverture de l'abcès. La suppuration est-elle trop abondante ou de mauvaise qualité, on emploie avec avantage le laudanum liquide de Sydenham, appliqué une ou plusieurs fois par jour sur la partie malade au moyen d'un pinceau : on empêche par là la consomption de la caroncule, ainsi que le développement de fongosités.

Quant au squirrhe de la caroncule, on peut l'abandonner à lui-même tant qu'il reste stationnaire; mais s'il commençait à être douloureux, à s'ulcérer, en un mot, s'il passait à l'état de cancer, il faudrait se hâter de l'extirper, ce qui se fait au moyen d'un crochet avec lequel on saisit la caroncule, qu'on excise ensuite avec les ciseaux ou le bistouri. Des fomentations froides arrêteront l'écoulement du sang s'il était trop abondant, et la petite plaie guérira sans autre secours de l'art.

SECTION III.

POINTS ET CONDUITS LACRYMAUX.

Ces organes peuvent être fermés ou paralysés. *L'occlusion des points et conduits lacrymaux* dé-

pend soit de l'accumulation de mucosités dans ces parties de leur *obstruction*, soit de l'adhérence des parois entre elles, de leur *atrésie*, de l'*oblitération* des parties. Ces différens états se reconnaissent au moyen du stylet de Méjean ou de la sonde d'Anel. Quand l'occlusion dépend de la présence de mucosités, on parvient à faire passer le stylet; tandis qu'on ne réussit point lorsqu'il y a atrésie.

Pour explorer les canaux lacrymaux, on s'y prend de la manière suivante : on introduit le stylet perpendiculairement dans le point lacrymal, ce qui doit être fait avec précision et promptitude; car, si l'on touche le point lacrymal avant d'y avoir fait pénétrer le stylet, ce point se contracte et rend l'opération impossible pendant plus ou moins long-temps. Une fois le stylet introduit dans l'ouverture, on le conduit horizontalement si c'est à la paupière inférieure, et obliquement de haut en bas et de dehors en dedans si c'est à la supérieure qu'on opère; en même temps, pour faciliter le passage de la sonde par le conduit lacrymal, on donne à celui-ci une direction plus uniforme en tirant modérément en dehors la peau de la paupière : on parvient de cette manière dans le sac lacrymal toutes les fois qu'il n'y a pas atrésie des points ou conduits lacrymaux. Lorsque celle-ci existe, ce qui a lieu quelquefois à la suite de lésions mécaniques, de brûlures, etc., elle constitue un mal incurable, qui est de peu d'importance

lorsqu'il n'affecte que l'un des points ou des conduits lacrymaux, mais qui donne lieu à un larmoiement inévitable lorsqu'il affecte les deux points ou conduits lacrymaux d'un même côté.

Dans les cas d'obstruction, après avoir rouvert la voie par le stylet, on tâche de la tenir libre en ramenant à leur état naturel les conduits ordinairement affectés d'irritation chronique; en conséquence, on emploie les collyres détersifs et astringens, les solutions de sublimé, de sulfate de zinc, de pierre divine.

L'atonie et la paralysie des points lacrymaux sont tantôt la suite d'ophthalmies violentes, de paralysies des muscles de la face; tantôt et le plus souvent elles sont amenées par le relâchement général, propre à la décrépitude; tantôt, enfin, elles sont occasionées par l'introduction trop souvent répétée d'un stylet ou de l'extrémité d'une seringue dans les points lacrymaux, ou par la présence trop prolongée d'un stylet ou d'un séton dans ces mêmes parties; circonstances qui avaient lieu plus fréquemment autrefois que de nos jours, où de nouvelles méthodes ont en partie remplacé celles anciennement usitées pour la guérison de la tumeur lacrymale.

L'atonie et la paralysie des points lacrymaux se manifestent par la dilatation de ces parties, et par l'absence de toute contraction lorsqu'on les touche;

en même temps il y a larmoiement lorsque les deux points sont affectés, rougeur de la conjonctive avoisinante, sécheresse de la narine correspondante.

On emploie, pour remédier à cette incommodité, les solutions astringentes de sulfate de zinc, de pierre divine, d'acétate de plomb, dont on instille quelques gouttes dans l'œil plusieurs fois par jour; les frictions spiritueuses sur les paupières avec l'eau-de-vie, l'eau de Cologne, l'ammoniaque, les huiles essentielles, la teinture de cantharides, les douches froides, les révulsifs appliqués à l'apophyse mastoïde.

SECTION IV.

SAC LACRYMAL ET CANAL NASAL.

1.° *Inflammation du sac lacrymal et du canal nasal* (dacryocystitis).

Cette inflammation affecte principalement les individus scrophuleux, arthritiques, et ceux disposés aux catarrhes, à la suite de refroidissemens, de suppression d'ulcères et de tumeurs scrophuleux ou arthritiques; cependant on la voit aussi survenir chez des individus bien constitués, à la suite de violences extérieures.

La maladie se développe tantôt d'une manière franche et rapide, tantôt elle suit une marche lente et insidieuse.

Dans le premier cas elle se déclare par une dou-

leur obtuse dans la région du sac lacrymal, de la rougeur, une tumeur circonscrite de la grosseur d'un haricot; il y a larmoiement et sécheresse de la narine du côté affecté, le passage des larmes dans le nez étant intercepté par la tuméfaction intérieure et l'occlusion soit des points et conduits lacrymaux, soit du sac lacrymal, soit du canal nasal, soit de plusieurs de ces parties à la fois. La rougeur s'étend peu à peu à la conjonctive, aux paupières, à la joue; ces dernières parties se tuméfient de manière à faire disparaître la tumeur circonscrite du sac lacrymal, et à simuler un érysipèle de la face; le malade a de la fièvre. Arrivée à ce degré, l'inflammation peut ou se résoudre, ou passer à la suppuration, ou enfin, diminuer d'intensité et devenir chronique. La résolution se manifeste par la diminution graduelle et la disparition de tous les symptômes, et le rétablissement du cours naturel des larmes. La suppuration s'annonce par la diminution d'intensité de la douleur, qui devient pulsative; la rougeur plus foncée, l'augmentation de la tumeur qui se concentre dans la région du sac lacrymal, la sécrétion plus abondante de mucus au bord des paupières et à la caroncule lacrymale. On voit apparaître sur la tumeur un point blanchâtre, qui augmente d'étendue, puis s'ouvre et donne issue à du pus mêlé de larmes; après quoi la tumeur s'affaisse en partie, et il reste une fistule du sac lacrymal par

laquelle s'écoule un mucus purulent, qui est mêlé de larmes lorsque la communication du sac lacrymal avec la surface de l'œil n'est point interceptée par l'occlusion des points ou des conduits lacrymaux (v. l'article *Fistule du sac lacrymal*). Quelquefois la paroi du sac lacrymal s'ouvre seule, la peau qui la recouvre n'étant pas encore assez amincie; le pus s'épanche alors dans le tissu cellulaire sous-cutané, et constitue ce qu'on a appelé *fistule incomplète* ou *interne du sac lacrymal.*

Dans les cas où l'inflammation passe à l'état chronique, la douleur, la rougeur et la tuméfaction diminuent; le sac lacrymal forme cependant toujours une tumeur oblongue (*tumeur lacrymale*), plus ou moins volumineuse, selon qu'il est distendu par une plus ou moins grande quantité de larmes ou de mucus. Lorsque ce dernier est sécrété en grande abondance dans l'intérieur du sac lacrymal, et s'écoule par les points lacrymaux quand on comprime le sac, la maladie a reçu le nom de *blennorrhée du sac lacrymal* (*flux palpébral puriforme*, *dacryoblennorrhœa*, *dacryocystoblennorhœa*). Les mucosités distendent le sac lacrymal lorsque le malade n'a pas soin de le vider de temps à autre, en le comprimant. Quelquefois cependant il est impossible de vider le sac, attendu que les conduits lacrymaux et le canal nasal sont obstrués; dans ces cas les mucosités s'amassent de plus en plus dans le sac lacry-

mal, et le distendent au point de lui donner le volume d'une noix ou d'un œuf de pigeon, c'est ce qu'on a appelé *hydropisie du sac lacrymal* (*tumeur lacrymale*, *dacryocystectasis*, *dacryocystoblenostasis*); tumeur livide, indolore, élastique, qui, abandonnée à elle-même, peut rester stationnaire ou bien crever par l'excès de distension des parties.

J'ai dit que l'inflammation du sac lacrymal ne commençait pas toujours d'une manière franche, qu'elle suivait quelquefois une marche lente. Ceci se remarque surtout chez des individus cachectiques et sujets au coryza. Pendant plus ou moins longtemps ils se plaignent d'un peu de sécheresse dans l'une des narines; les paupières du même côté sont rougeâtres sur leurs bords, et se collent ensemble la nuit; il y a de la pesanteur dans la région du sac lacrymal; les larmes passent encore habituellement par les conduits lacrymaux, mais la moindre cause qui augmente la sécrétion lacrymale occasionne du larmoiement. Ce larmoiement augmente peu à peu, en même temps qu'il se forme une tumeur circonscrite et rougeâtre dans la région du sac lacrymal; enfin le passage des larmes dans le nez est intercepté, et la maladie présente les symptômes que j'ai énumérés précédemment en parlant de l'état chronique qui suit l'inflammation aiguë du sac lacrymal. Cette inflammation chronique peut aussi, par l'influence de certaines causes, passer subite-

ment à l'état aigu et suivre alors la marche décrite plus haut.

La maladie occupe tantôt le sac lacrymal seul, plus souvent le sac lacrymal et le canal nasal, rarement celui-ci seul; fréquemment les points et conduits lacrymaux participent à l'inflammation.

Cette affection est facile à distinguer de toute autre maladie; ce n'est qu'avec la tumeur phlegmoneuse, connue sous le nom d'*anchylops*, qu'elle a de l'analogie et qu'elle peut être confondue (v. l'article *Anchylops*).

L'inflammation du sac lacrymal est une maladie peu grave, mais qui laisse souvent après elle l'obstruction (*sténochorie*) du canal nasal, par des mucosités et par le boursoufflement ou la dégénérescence sarcomateuse de la membrane muqueuse de ce canal. Dans des cas rares il se fait, par suite de l'inflammation, une atrésie du canal nasal; il résulte de cette obstruction et de cette atrésie, que les larmes et les mucosités ne peuvent s'écouler dans le nez, s'amassent dans le sac lacrymal, le distendent et donnent lieu par là à une nouvelle inflammation, ou bien à ce qu'on a appelé hydropisie du saç lacrymal. Quelquefois aussi l'inflammation laisse à sa suite l'atonie du sac lacrymal, produite par la distension trop prolongée et trop considérable de cet organe; d'autres fois, enfin, une fistule du sac lacrymal persiste après la disparition de l'inflammation.

Le traitement consiste, tant que l'inflammation est encore aiguë et qu'on peut espérer d'obtenir la résolution, dans l'emploi des évacuations sanguines générales et locales, des applications froides, des fomentations tièdes d'eau de Goulard, des purgatifs salins, et dans la diète. Aussitôt qu'on voit que la suppuration est inévitable, on la hâte par l'application de cataplasmes émolliens; et dès que l'apparition d'un point blanc annonce la formation de l'abcès, on l'ouvre au moyen du bistouri ou de la lancette, qu'on enfonce au-dessous de l'attache du tendon orbiculaire des paupières, lequel est rendu saillant par un aide qui, placé derrière le malade, tire l'angle externe des paupières en dehors. On incise ensuite de haut en bas jusqu'à ce que l'on ait ouvert toute la paroi antérieure du sac lacrymal, en suivant toujours la lèvre antérieure de la gouttière lacrymale. Après avoir vidé le sac, on place, durant les premiers jours, quelques brins de charpie dans la partie inférieure de la plaie, et on continue les cataplasmes jusqu'à ce que l'inflammation soit dissipée. La plaie se ferme quelquefois pendant l'usage de ces moyens; si cela n'a pas lieu, elle constitue une *fistule du sac lacrymal* (v. cet article).

Dans le passage de l'inflammation aiguë du sac lacrymal à l'état chronique, on emploie quelquefois encore avec succès les applications répétées de sangsues, aidées de l'inspiration par le nez de vapeurs

émollientes, ou mieux encore, du reniflement de liquides résolutifs tièdes, tels qu'une solution de deux à quatre gros de manne dans trois onces d'eau. Au commencement de l'état chronique on réussit parfois à dissiper la maladie, en instillant dans l'œil des collyres résolutifs, mercuriels, ou en enduisant le bord des paupières d'une pommade de précipité rouge ou blanc. Ces cas sont cependant rares; car le plus souvent les remèdes employés ainsi n'arrivent pas dans les voies lacrymales, à cause du mucus qui remplit ces voies, et du boursoufflement de la muqueuse qui les tapisse. Pour les faire pénétrer, il faut en tout cas, avant leur emploi, vider la tumeur lacrymale par les points lacrymaux, au moyen de la compression exercée sur elle.

Toutes les fois que la maladie est parvenue au degré qui constitue ce qu'on a appelé blennorrhée et hydropisie du sac lacrymal, il n'y a d'autre moyen à employer que l'opération, qui consiste à inciser la tumeur lacrymale, formée par le sac, afin de pouvoir porter les remèdes directement sur la partie malade. L'incision étant pratiquée de la manière décrite plus haut, on fait plusieurs fois par jour des injections dans le sac lacrymal avec une petite seringue, dont on a soin de porter l'extrémité de la canule jusque dans le sac même. Les moyens dont on se sert le plus souvent pour injections, sont les solutions de pierre divine, de sublimé, de sulfate de zinc, d'acétate de

plomb, de pierre infernale; la force de ces solutions doit être graduée suivant le degré d'altération qu'on a à combattre. On ne néglige pas les vésicatoires et autres révulsifs, ni les remèdes dirigés contre la diathèse qui peut avoir donné naissance à la maladie.

2.° *Tumeur lacrymale (fistule lacrymale plate, cachée, imparfaite).*

On décrit ordinairement sous ce nom la tumeur formée par le sac lacrymal dans différentes maladies de cet organe. La tumeur lacrymale n'est donc qu'un symptôme; aussi trouvera-t-on aux articles *Inflammation du sac lacrymal*, *Obstruction du canal nasal*, *Atonie du sac lacrymal*, tout ce qui est relatif à cette tumeur.

3.° *Fistule du sac lacrymal (fistule lacrymale).*

Je préfère le premier de ces termes, parce qu'il donne une idée plus précise de la maladie que celui de fistule lacrymale, par lequel les auteurs désignent tantôt la fistule du sac lacrymal, tantôt celle de la glande lacrymale, tantôt la tumeur lacrymale.

On appelle fistule du sac lacrymal, un ulcère ou conduit fistuleux, qui perce le sac lacrymal et les tégumens qui le recouvrent, et établit ainsi une

communication contre nature entre la surface du corps et l'intérieur du sac lacrymal.

On a adopté différentes divisions de fistules du sac lacrymal; c'est ainsi qu'on a admis celle en *fistules complètes* et *fistules incomplètes;* et par fistule incomplète on entendait tantôt une simple tumeur du sac lacrymal, tantôt un abcès qui a déjà percé la paroi antérieure du sac lacrymal, mais qui est encore recouvert par la peau. Une autre division des fistules du sac lacrymal est celle en *simples*, *composées* et *compliquées;* dans la fistule simple l'ouverture extérieure correspond exactement à l'ouverture du sac, tandis que, dans la fistule composée, l'ouverture extérieure se trouve à un endroit plus ou moins éloigné de celle du sac, de sorte que l'humeur qui s'écoule de ce dernier, s'infiltre d'abord dans le tissu cellulaire avant de parvenir à l'ouverture extérieure; la fistule compliquée, enfin, est celle où l'on trouve plusieurs ouvertures fistuleuses, ou une seule ouverture, mais accompagnée d'une obstruction ou oblitération du canal nasal, de fongosités dans le sac lacrymal, de carie à l'os unguis, à l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, à l'ethmoïde, d'une communication avec la fosse nasale, de dégénérescence des parties environnantes de la fistule, d'occlusion des points ou conduits lacrymaux, etc.

Les individus scrophuleux, syphilitiques, ceux

sujets aux catarrhes, ceux affectés d'inflammation chronique des paupières, sont surtout prédisposés à la fistule du sac lacrymal. Les causes occasionelles de cette maladie sont : l'inflammation du sac lacrymal, soit primitive, soit consécutive à l'obstruction du canal nasal; les lésions mécaniques qui intéressent le sac lacrymal et les parties qui le recouvrent, quelquefois aussi l'anchylops, quand il passe à la suppuration et entame la paroi antérieure du sac lacrymal.

La fistule du sac lacrymal est facile à reconnaître : on voit dans la région du sac lacrymal, le plus souvent immédiatement au-dessus de ce sac, d'autres fois à une petite distance, à la paupière inférieure, par exemple, une ouverture par laquelle s'échappe de l'humeur lacrymale, mêlée de mucus ou de mucosités purulentes. Dans les cas rares, où les points et conduits lacrymaux sont obstrués, les mucosités purulentes qui s'écoulent de l'ouverture ne sont point mélangées de l'humeur lacrymale; mais par contre il existe du larmoiement. En introduisant un stylet, ou mieux encore, une sonde de baleine par la fistule, on parvient dans le sac lacrymal; c'est alors au moyen de cette sonde qu'on découvre si la fistule est simple ou compliquée. Dans le premier cas on pénètre facilement dans le sac lacrymal; puis, après avoir donné à l'instrument une direction verticale, on le pousse par le canal nasal jusque dans

le nez sans trouver d'obstacle; la sensation d'un corps étranger que le malade éprouve dans la narine, et surtout le choc qu'on peut exercer sur ce corps au moyen d'une sonde introduite par le nez, indiquent que l'instrument est parvenu dans cette partie. Lorsqu'au contraire la fistule est compliquée de callosités ou de fongosités, on a quelquefois de la peine à introduire la sonde dans le sac lacrymal.

L'obstruction du canal nasal se reconnaît à la difficulté de faire passer le stylet par ce canal; son oblitération complète rend l'introduction de l'instrument impossible. L'obstruction et l'oblitération occasionnent un écoulement plus abondant par la fistule, ou du larmoiement, et la sécheresse de la narine. La complication de carie se manifeste par la nature de l'humeur qui s'écoule par la fistule, par la couleur bleue irisée qu'elle communique au stylet d'argent, enfin, par la sensation qu'éprouve le chirurgien en touchant l'os carié avec la pointe du stylet. La communication de la fistule avec la fosse nasale se reconnaît également par la sonde, et en outre par la sanie fétide qui coule dans le nez, malgré l'obstruction du canal nasal, qui ordinairement existe dans ces cas.

La fistule du sac lacrymal est une maladie plus désagréable que grave; elle peut rester stationnaire pendant bien des années sans avoir de suites fâcheuses. Lorsqu'elle est simple, sa guérison est le plus

souvent facile; mais elle est longue, difficile, quelquefois impossible, quand la fistule est compliquée.

Traitement. Dans toute fistule du sac lacrymal, la première chose à faire, c'est d'examiner si elle est simple ou compliquée.

Dans le premier cas, qui est le plus rare et qu'on n'observe guères qu'à la suite de l'inflammation aiguë du sac lacrymal, et de lésions mécaniques de cette partie, on dirige le traitement suivant le degré d'intensité de l'inflammation. Celle-ci est-elle vive, une partie du tissu cellulaire engorgé n'est-elle pas encore fondue par la suppuration, on fait usage des cataplasmes émolliens; y a-t-il au contraire atonie de l'ulcère fistuleux, sécrétion d'un pus sanieux, on panse avec de l'onguent digestif, du baume d'Arcæus, auxquels on peut ajouter du précipité rouge de mercure. Les callosités et les endurcissemens peu considérables sont combattus par les cataplasmes; lorsqu'ils résistent à ce moyen, on les cautérise fortement avec le nitrate d'argent, on applique ensuite des cataplasmes jusqu'à la chute de l'escharre, puis on panse l'ulcère suivant son degré d'inflammation soit avec du cérat simple, soit avec un onguent irritant.

Il arrive quelquefois que la fistule se cicatrise presque complétement, mais qu'il reste une petite ouverture capillaire, à peine perceptible, par laquelle s'échappe de temps à autre de l'humeur

lacrymale. Pour obtenir la cicatrisation de cette fistule, on cautérise avec un morceau pointu de nitrate d'argent fondu, et on couvre d'un petit emplâtre; si après la chute de l'escharre la fistule n'est pas fermée, on cautérise de nouveau, soit avec la pierre infernale, soit avec une aiguille rougie au feu.

Si les fistules simples du sac lacrymal sont faciles à guérir, il n'en est pas de même des fistules compliquées. La première indication qu'on ait à remplir dans ce cas, c'est d'enlever la complication; ce qui se fait d'après les règles tracées dans les articles, *Inflammation du sac lacrymal*, *Obstruction du canal nasal.*

Enfin, lorsque la fistule est composée, c'est-à-dire que l'ouverture extérieure n'est pas située immédiatement au-dessus de l'ouverture du sac, on fait bien d'inciser ce dernier de haut en bas. Si cela est possible, on comprend dans l'incision les deux ouvertures de la fistule, ou du moins l'une d'elles. Du reste, quand le sac est largement ouvert, les humeurs s'écoulent par la plaie, et les ouvertures fistuleuses se ferment ordinairement, lors même qu'elles ne sont pas comprises dans l'incision. Par cette opération on a transformé la fistule composée en fistule simple, qu'on traite alors comme il a été dit.

4.° *Obstruction et oblitération du canal nasal (sténochorie et atrésie du canal nasal, fistule lacrymale).*

Le canal nasal peut être obstrué par des mucosités, des concrétions calculeuses (*dacryolithes, rhinolithes*); sa lumière peut être effacée par le boursoufflement sarcomateux ou le gonflement inflammatoire des membranes du canal, par la pression exercée sur lui par une exostose ou toute autre tumeur; enfin, il peut être oblitéré, ses parois peuvent se coller l'une à l'autre. Cette oblitération ou atrésie est cependant rare; les surfaces muqueuses n'étant pas disposées à contracter des adhérences entre elles.

Les scrophules et la syphilis disposent surtout à cette affection, dont la cause efficiente principale est l'inflammation du sac lacrymal, du canal nasal et de la membrane pituitaire.

L'obstruction et l'oblitération peuvent être complètes ou incomplètes, en d'autres mots, le passage du sac lacrymal au nez peut être complétement intercepté ou seulement rétréci; dans ce dernier cas l'altération ou bien ne donne lieu à aucun symptôme morbide, et ne peut par conséquent pas être reconnue, ou bien elle produit les mêmes accidens que l'oblitération complète. Quelquefois le canal

nasal est obstrué ou oblitéré dans toute sa longueur, d'autres fois une partie du canal est seule affectée.

Que le canal nasal soit obstrué ou qu'il soit oblitéré, les accidens qui en résultent sont les mêmes. Les larmes, ne pouvant plus s'écouler dans le nez, s'accumulent d'abord dans le sac lacrymal qu'elles distendent (ce qui forme la *tumeur lacrymale*); quand celui-ci ne peut plus en recevoir, elles tombent sur la joue et occasionnent un larmoiement continuel; en même temps la narine du côté affecté reste sèche. En pressant sur la tumeur que forme le sac à l'angle interne de l'œil, on fait sortir par les points lacrymaux l'humeur lacrymale et les mucosités contenues dans le sac, qui alors diminue de volume; une partie du liquide s'écoule par le nez, lorsque le canal n'est pas complétement obstrué et qu'on a la précaution d'exercer la pression sur la tumeur de haut en bas. Le malade, en vidant souvent la tumeur au moyen de la pression, peut pendant long-temps se maintenir dans le même état; mais en négligeant cette précaution, il donne lieu à une distension trop considérable du sac lacrymal, d'où résulte l'inflammation et la suppuration de cet organe, l'ouverture de l'abcès au dehors et l'établissement d'une fistule du sac lacrymal, par laquelle s'écoulent continuellement les larmes mêlées de pus et de mucosités.

Cette affection est quelquefois compliquée de la carie de l'os unguis, surtout chez les syphilitiques et les scrophuleux, de fongosités dans le sac lacrymal, de l'oblitération des points ou conduits lacrymaux. Dans ce dernier cas, c'est du mucus purulent non mélangé de larmes, qui distend le sac lacrymal. Les fongosités du sac se reconnaissent au volume considérable de la tumeur, qui diminue peu par la pression, et ne laisse écouler qu'une petite quantité de pus épais. La carie de l'os unguis se trahit par l'écoulement d'un pus sanieux; on la reconnaît facilement au moyen d'une sonde, lorsque l'existence d'une fistule permet d'introduire cet instrument dans le sac lacrymal.

L'obstruction et l'oblitération du canal nasal ne sont pas des maladies dangereuses, mais elles sont désagréables; car leur guérison est lente, difficile, souvent impossible, et les récidives sont fréquentes.

L'indication que le médecin doit remplir, consiste à rendre libre le passage par le canal nasal. A cet effet, il est d'abord nécessaire d'éloigner les causes qui ont pu donner naissance à la maladie. On combattra donc l'inflammation du sac lacrymal et du canal nasal; on tâchera de guérir préalablement la syphilis, les scrophules ou toute autre cachexie dont le malade sera affecté. Si l'on découvre une concrétion calculeuse dans le sac ou dans le canal, on en fera l'extraction, soit par une ouverture pratiquée au sac

lacrymal, soit par la narine, si la concrétion fait saillie dans cette cavité.[1]

En enlevant la cause qui a donné naissance à l'obstruction, on guérit quelquefois celle-ci; il est même probable qu'on réussirait bien plus souvent à guérir sans opération les obstructions du canal nasal, ainsi que les tumeurs et fistules lacrymales qui en résultent, si on insistait plus fortement sur l'emploi des moyens médicamenteux dirigés contre la cause de la maladie. L'application répétée de sangsues sur le trajet du canal, aidée de l'inspiration par le nez de vapeurs émollientes ou résolutives, ou du reniflement de liquides de cette nature, compte de nombreux succès dans les cas où la persistance de l'inflammation entretenait l'obstruction du canal nasal. Souvent cette inflammation est plutôt passive et accompagnée d'une sécrétion abondante de mucosités épaisses qui, conjointement avec le boursoufflement de la muqueuse, obstruent le canal nasal: dans ces cas l'usage long-temps continué des stimulans et astringens locaux, amène quelquefois la guérison. On emploie ces moyens sous forme d'onguent ou de collyre lorsqu'il n'existe point de fistule du sac lacrymal, sous forme d'injections lorsque le malade porte une telle fistule. Les préparations dont on se

---

1 F. L. Kersten, *De dacryolithis seu potius rhinolithis. Berol.*, 1828. (Radius, *Scriptores ophth. minores*; v. 3, p. 145.)

sert ordinairement, sont les pommades de précipité rouge ou blanc, les solutions de pierre divine, de sublimé corrosif, de sulfate de zinc, d'alun. Quand on porte ces substances sur la conjonctive, dans l'intention de les faire pénétrer dans les voies lacrymales, on a soin de vider préalablement le sac lacrymal au moyen de la pression; les points lacrymaux absorberont alors beaucoup plus facilement les substances médicamenteuses. Toutes les fois cependant qu'on pourra porter directement ces substances dans le sac lacrymal au moyen d'injections à travers une fistule de ce sac, on devra y recourir de préférence: on a même proposé d'ouvrir le sac lacrymal par une incision, dans l'unique but d'y faire des injections; mais ces injections réussissent trop rarement à désobstruer le canal nasal pour motiver suffisamment cette opération. D'ailleurs, l'incision du sac une fois faite, il vaut mieux achever l'opération de la fistule lacrymale, qui, en tout cas, est plus efficace pour la désobstruction du canal nasal que les injections. Je ne parle point de celles faites par les points et conduits lacrymaux suivant la méthode d'ANEL[1]; elles sont presque généralement abandonnées, parce qu'elles sont difficiles à exécuter, et que l'introduction répétée d'un instrument quelconque dans les

---

1 D. ANEL, Nouvelle méthode de guérir la fistule lacrymale. Turin, 1713.

points lacrymaux donne facilement lieu au relâchement ou à la paralysie de ces organes.

Je ne décrirai pas non plus la méthode de Laforest[1], qui consiste à faire des injections dans le canal nasal au moyen d'une sonde creuse, introduite par la narine dans l'extrémité inférieure de ce canal; introduction qui est quelquefois rendue difficile par la disposition anatomique des parties. Cette méthode est assez généralement abandonnée, et peut être remplacée par le reniflement et l'inspiration par le nez de vapeurs et de liquides médicamenteux.

Lorsque la cause occasionelle de l'obstruction ou de l'atrésie du canal nasal est enlevée, mais que cette dernière persiste, et lorsque les remèdes que je viens d'indiquer sont restés sans succès, ou que le médecin n'a pas jugé à propos de les employer, il ne reste plus d'autre moyen pour remédier aux accidens qui résultent de cette interruption du cours naturel des larmes, que l'opération qu'on a nommée *opération de la fistule lacrymale;* nom généralement consacré, mais impropre : car il peut faire croire que cette opération est dirigée contre la fistule lacrymale, tandis qu'elle ne doit remédier qu'aux accidens produits par l'obstruction du canal nasal, qui souvent n'est pas même accompagnée d'une fistule.

L'opération de la fistule lacrymale a pour but, soit

---

1 Mémoires de la société royale de chirurgie, t. II, p. 175.

de désobstruer le canal nasal pour rendre aux larmes leur cours naturel, soit, quand cette désobstruction est impossible, de créer aux larmes une route artificielle, ou de détruire ceux des organes lacrymaux qui ne sont plus d'aucune utilité, et ne font que troubler la santé du malade par leurs fréquentes inflammations.

On peut tenter de rétablir le cours des larmes par le canal nasal, lorsque ce canal est obstrué ou lorsqu'il est oblitéré à sa partie inférieure seulement; mais lorsqu'il est oblitéré dans toute sa longueur, il est impossible de le rouvrir. L'opérateur devra donc avant tout s'assurer de l'état du canal nasal.

La méthode d'Anel[1], qui consiste à sonder et désobstruer le canal nasal au moyen d'un stylet d'argent introduit par les points lacrymaux, est abandonnée de nos jours, tant à cause de son insuffisance, qu'en raison des difficultés souvent insurmontables qu'on rencontre dans l'introduction du stylet. S'il existe au sac lacrymal une fistule suffisamment large, on introduit par elle une sonde de baleine ou d'argent dans le canal nasal; si la fistule est trop étroite, on la dilate vers en haut ou en bas, suivant sa situation, au moyen du bistouri conduit ou non par une sonde cannelée; enfin, si la fistule est

---

1 Ouvrage cité, pag. 45.

trop défavorablement située, ou s'il n'en existe pas, on suit le conseil de J. L. Petit[1] qui, le premier, a proposé d'inciser le sac lacrymal dans l'opération de la fistule lacrymale.

L'ouverture du sac lacrymal se pratique de la manière suivante : le malade étant assis, un aide fixe la tête et tend les paupières, en les tirant légèrement vers l'angle externe, afin de rendre très-apparente l'attache du tendon de l'orbiculaire des paupières. C'est au-dessous de ce tendon que l'opérateur incisera le sac, en plongeant dans cet organe un bistouri à lame étroite, auquel il donnera d'abord une direction oblique de haut en bas, qu'il rendra ensuite plus perpendiculaire, afin d'engager la pointe de l'instrument dans l'ouverture du canal nasal, ce qu'il ne manquera pas de faire en faisant suivre à cette pointe la direction du bord interne de l'orbite. Pour faciliter cette opération et pour empêcher qu'en plongeant l'instrument dans le sac, sa pointe n'aille léser la paroi postérieure de cet organe, on recommande au malade de ne pas vider le sac lacrymal par la pression; mais de le laisser distendre par les humeurs, pendant les vingt-quatre heures qui précéderont l'opération. L'incision étant faite et la pointe du bistouri engagée dans le commencement du canal nasal, on retire l'instrument un

---

1 J. L. Petit, Traité des malad. chirurgicales, t. I.er, p. 304.

peu, et on fait glisser le long de sa lame, jusque dans le canal, un stylet mousse ou une sonde cannelée fine; on peut aussi retirer complétement le bistouri et introduire le stylet ou la sonde sans conducteur. On enfonce peu à peu ces instrumens dans le canal nasal, et on parvient à la fin jusque dans le nez, lorsque le canal n'est qu'obstrué; lorsqu'au contraire il est oblitéré, le stylet s'arrête à l'endroit où commence cette oblitération, et on ne peut le faire avancer; on voit alors, par la longueur de la portion du stylet qui a pénétré, si l'oblitération occupe la partie supérieure du canal nasal, ou si elle ne se trouve qu'à sa partie inférieure : dans le premier cas, on doit renoncer à rétablir la voie naturelle des larmes; dans le second, on peut essayer de perforer la portion oblitérée du canal au moyen d'une sonde cannelée non émoussée, ou d'un stylet dont l'extrémité serait en forme de trocart. La perforation est opérée, et la pointe de l'instrument est arrivée dans le nez, lorsque quelques gouttes de sang s'écoulent par la narine, que le malade a la sensation d'un corps étranger dans cette partie, et qu'on peut toucher l'instrument en introduisant une sonde sous le cornet inférieur.

Le canal nasal étant désobstrué, il s'agit de le dilater pour lui rendre sa lumière normale, et d'empêcher qu'il ne se rétrécisse ou ne s'obstrue de nouveau. Pour y parvenir, on peut ou placer à demeure

dans le canal nasal une canule d'or ou d'argent, ou y introduire des corps dilatans non creux, enduits ou non de substances médicamenteuses, et qu'on retire dès que le canal paraît être revenu à son état normal et ne plus avoir de tendance à se rétrécir ou à s'obstruer.

La première de ces méthodes, d'abord mise en pratique dans le dernier siècle par JOUBERT[1] et WATHEN[2], puis modifiée par PELLIER[3], était peu répandue (mais non abandonnée, comme le prouve la dissertation de M. MARCHAL[4]) lorsque M. DUPUYTREN s'en empara en la modifiant de nouveau, et en fit sa méthode de prédilection. Le procédé du célèbre professeur a été décrit, ainsi qu'il suit, par MM. SANSON et BÉGIN[5]. « M. DUPUYTREN se sert des ins-« trumens suivans : 1.° d'une canule d'argent ou « d'or, longue de vingt à vingt-cinq millimètres « (huit à onze lignes)[6], conique, plus large en haut

---

1 Mémoires de l'académie de chirurgie, tom. II, pag. 205.

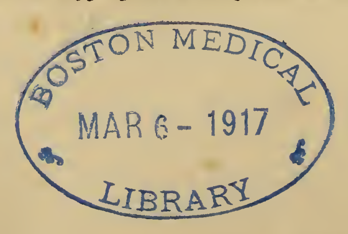
2 WATHEN, *A new and easy method of applying a tube for the cure of the fistula lacrymalis. London*, 1781.

3 PELLIER DE QUENGSY, Recueil de Mémoires et d'observations, etc.

4 A. L. J. MARCHAL, De la fistule lacrymale et de l'opération qui lui convient. Strasbourg, 1802.

5 SABATIER, Médecine opératoire; nouvelle édition, faite sous les yeux de M. le B.on DUPUYTREN, par SANSON et BÉGIN. Paris, 1822, tom. II, pag. 252.

6 Pour approprier la longueur de la canule à celle du canal



« qu'en bas, garnie à son extrémité la plus volu-
« mineuse d'un bourrelet circulaire médiocrement
« épais, légèrement recourbée suivant sa longueur,
« afin de s'adapter à la forme du canal nasal, et
« taillée en biseau à son extrémité la plus étroite,
« de manière à ce que son ouverture soit dirigée
« dans le sens de la concavité de la courbure ; 2.°
« d'un mandrin de fer, formé d'une tige arrondie,
« assez grosse pour entrer dans la canule et pour la
« supporter, de telle sorte cependant qu'elle l'aban-
« donne au moindre effort. La pointe de ce man-
« drin doit être tellement adaptée à la canule, que
« le bec de celle-ci ne fasse pas sur lui de saillies
« inégales. Son autre extrémité, garnie d'un bour-
« relet saillant, qui soutient la canule et passe sur
« elle, se recourbe ensuite à angle droit, et se ter-
« mine par un manche aplati, disposé de manière
« à ce qu'en le tenant entre les doigts, et la pointe
« ainsi que la canule qu'elle supporte étant tour-

nasal, M. Laharpe[1] a inventé un instrument au moyen duquel on peut mesurer ce canal. Un procédé plus simple consiste à mesurer l'intervalle qui sépare le point où, dans l'opération, on incise le grand angle de l'œil, de la dépression supérieure de l'aile du nez à l'union du bord inférieur de l'os carré avec l'apophyse montante du maxillaire inférieur. Cette distance représente assez exactement, suivant M. Grenier, la longueur du canal nasal.

1 J. J. C. Laharpe, *De tubuli metallici immissione in cura obstructionis ductus nasalis*. *Gott.*, 1827. (Radius, *Script. ophth. min.*; vol. 3, pag. 138.)

« née en bas, la concavité de celle-ci soit dirigée
« vers l'opérateur (fig. 4, *a* et *b*).

« M. Dupuytren ouvre le sac lacrymal d'un seul
« coup de bistouri, dont la pointe est portée der-
« rière le rebord osseux qui commence en haut le
« canal nasal. La pointe de l'instrument étant enga-
« gée dans ce conduit, il soulève légèrement la lame,
« et glisse sur elle la pointe du mandrin garni de
« sa canule. Le bistouri est ensuite retiré, et le man-
« drin enfoncé, à l'aide d'une pression médiocre,
« dans le canal nasal, que la canule doit occuper
« tout entier, de telle sorte que son bourrelet, ca-
« ché dans le sac lacrymal, n'oppose aucun obstacle
« à la cicatrisation de la plaie extérieure. Le man-
« drin est à son tour retiré; l'instrument qu'il sup-
« portait reste dans le canal nasal. Le sujet n'éprouve
« que peu de douleurs; quelques gouttes de sang
« s'écoulent par la narine correspondante : si l'on
« ferme le nez et la bouche du malade, et qu'on lui
« fasse faire une forte expiration, de l'air mêlé à du
« sang jaillit par la plaie. Ce phénomène annonce
« que l'instrument est convenablement placé, et
« qu'une libre communication est établie entre le
« sac lacrymal et les fosses nasales. Une mouche de
« taffetas gommé suffit pour recouvrir la plaie, qui
« souvent est fermée dans l'espace de vingt-quatre
« heures. »

On voit qu'après avoir fait l'incision du sac lacry-

mal, M. Dupuytren ne s'arrête pas à examiner le canal nasal avec un stylet, mais qu'il y introduit de suite la canule. Il me paraît cependant préférable d'examiner avec un stylet ou une sonde si le canal n'est pas oblitéré; à la vérité, il l'est rarement : mais dans ces cas, en introduisant de suite la canule, on risquerait ou de ne pas pouvoir avancer, ou de faire une fausse route; d'ailleurs l'examen du canal est si vite fait, qu'il n'entraîne aucun inconvénient, et l'on peut introduire la canule dans le canal nasal aussi bien sur une sonde cannelée ou sans conducteur, que sur la lame du bistouri.

Quoique cette méthode ne réussisse pas toujours, elle n'en mérite pas moins la préférence, parce qu'ordinairement elle guérit le mal en peu de jours, et qu'elle n'échoue pas plus souvent que tout autre procédé.

Il peut arriver que l'introduction de la canule donne lieu à une inflammation très-violente du sac lacrymal et du canal nasal, qui nous force d'éloigner la canule, ce qui se fait avec une pince à dissection, ou avec un instrument inventé par M. Dupuytren, et qui consiste dans un mandrin divisé dans sa longueur en deux branches, lesquelles s'éloignent l'une de l'autre par leur élasticité, et sont munies à leur extrémité chacune d'un petit crochet tourné en dehors. Cet instrument étant introduit dans la canule, les deux crochets s'engagent sous

le bord inférieur de la canule, ou dans une rainure que celle-ci porte à sa partie supérieure.

Quelquefois, après avoir séjourné dans le canal plus ou moins long-temps, la canule remonte dans le sac lacrymal et y occasionne de l'inflammation et une nouvelle tumeur lacrymale; on incise alors cette tumeur et on retire la canule. Enfin, cette canule peut descendre dans le canal nasal et faire saillie dans la narine, où elle se boucherait infailliblement si on n'en faisait l'extraction soit par la narine, lorsque cela est possible, soit par une incision au sac lacrymal.

Dans tous ces cas on examine si les accidens sont produits par la forme de la canule; si cela a lieu, on pourra, après avoir combattu l'inflammation, introduire une nouvelle canule, plus appropriée à la conformation des parties : on se conduira de même dans les cas où l'on a fait une fausse route avec la canule, qu'on l'ait placée dans le sinus maxillaire ou entre le canal nasal et les os qui l'entourent. Si les accidens dépendent d'autres causes, on cherchera à les éloigner, ou on choisira un autre procédé opératoire.

Dans les cas où l'opération par la canule n'aura pas réussi, ou lorsque, par une cause quelconque, on ne voudra pas l'employer, on pourra recourir à l'introduction de corps dilatans non creux : on se sert à cet effet de cordes à boyaux, de fils de soie,

de brins de charpie, de bougies de plomb, etc. : on peut introduire ces corps de différentes manières, ce qui a donné naissance à de nombreux procédés qu'il serait trop long d'indiquer tous; je me bornerai à en décrire les principaux et les plus recommandables.

Lorsqu'on n'a pas recours à la méthode de M. Dupuytren, la préférence est due au procédé de J. L. Petit[1], modifié ainsi qu'il suit : Par l'ouverture du sac lacrymal, on tâche d'introduire dans le canal nasal une bougie mince en baleine, qu'on y laisse pendant vingt-quatre heures, au bout desquelles on la retire pour la remplacer par un morceau de corde à boyaux, dont on fend en plusieurs parties l'extrémité qui ne devra pas pénétrer dans le sac lacrymal, tandis qu'on mâche un peu le bout qui doit être introduit, afin de l'arrondir et de ne pas blesser les parties. Quand ce bout a traversé le canal nasal et est parvenu dans le nez, on sépare les parties de l'extrémité fendue, et on replie chacune dans un autre sens, afin que la corde ne puisse pas glisser dans le nez; on couvre ensuite la plaie d'une mouche de taffetas gommé. On renouvelle tous les jours cette corde à boyaux, en faisant chaque fois, avant son introduction, quelques injections détersives dans le sac lacrymal; on peut aussi se servir d'une corde à

1 Traité des maladies chirurgicales, tom. I.er, pag. 304.

boyaux entière. Dans ce cas, après en avoir introduit une extrémité par le canal nasal jusque dans le nez, on attache le reste de la corde au front; puis, au bout de quelques heures, on fait sortir par la narine l'extrémité engagée dans le nez, en faisant fortement moucher le malade, ou en cherchant avec des pinces cette extrémité, qu'on attache à côté du nez avec une bandelette agglutinative : on peut alors chaque jour tirer une nouvelle portion de la corde dans le canal nasal, et faire chaque fois des injections dans le sac lacrymal. Après avoir employé pendant quelque temps une corde à boyaux d'une certaine dimension, on la remplace par une plus grosse, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la dimension que doit avoir le canal nasal; alors on substitue à la corde à boyaux une bougie de plomb recourbée à sa partie supérieure, ou munie, comme celle de Scarpa (fig. 5), d'une tête qui l'empêche de tomber dans le nez. Tous les jours on retire cette bougie pour la nettoyer et faire des injections, et lorsqu'enfin on la retire toujours nette, qu'il ne se sécrète plus de mucosités épaisses ou purulentes, on n'introduit plus rien dans le canal nasal, et on ne couvre la plaie que d'une mouche de taffetas gommé. La plaie se cicatrise alors le plus souvent d'elle-même, et le malade est guéri. Si la cicatrisation tardait à se faire, on agirait de la manière indiquée à l'article *fistule du sac lacrymal.*

Cette méthode a sur la précédente l'avantage d'être plus rationnelle, puisqu'elle tend à rétablir les parties dans leur état normal sans y laisser de corps étranger; mais elle a le grand inconvénient d'être très-longue, car il faut toujours quatre à six mois, quelquefois même plus d'une année, pour que la guérison soit obtenue, et encore les récidives sont-elles très-fréquentes.

Il en est de même lorsqu'on se sert du fil de soie, ainsi que le conseille le docteur MARTINI[1]. L'opération se pratique alors de la manière suivante : on introduit le fil de soie dans les voies lacrymales, en le fixant à une corde à boyaux qu'on passe, comme dans le précédent procédé, par le sac lacrymal dans le canal nasal, et qu'on retire par la narine jusqu'à ce que le fil de soie dépasse celle-ci de quelques pouces; alors on coupe le fil près du nœud qui le fixe à la corde à boyaux, et on attache ce bout qui sort de la narine à la portion qui sort par la plaie du sac lacrymal, et qui est en partie roulée sur un peloton qu'on cache dans les cheveux ou sous le bonnet du malade. Sur la plaie on applique de la charpie, et par-dessus une mouche d'emplâtre agglutinatif. Tous les jours on tire par la narine la portion du

---

1 M. G. MARTINI, *De fili serici usu in quibusdam viarum lacrymalium morbis. Lips.*, 1822. (RADIUS, *Script. ophth. min.*; vol. 2, pag. 133.)

fil qui était dans le canal nasal, et on introduit de cette manière dans ce canal une nouvelle partie du fil préalablement enduite d'un onguent détersif; on peut en même temps aussi faire des injections dans le sac lacrymal. Quand on pense que le sac lacrymal et le canal nasal sont rétablis dans leur état normal, on retire le fil et on laisse cicatriser la plaie.

Un procédé qui est préférable à celui que je viens de décrire, consiste dans l'introduction dans le canal nasal d'une mèche de charpie. MÉJEAN[1], qui d'abord s'est servi de la mèche de charpie, la faisait parvenir dans le canal nasal au moyen d'un fil de soie passé par le point lacrymal. De nos jours on combine la méthode de MÉJEAN avec celle de J. L. PETIT. Après avoir passé un fil de soie par le canal nasal, comme dans le procédé précédemment décrit, on prend quelques brins de charpie repliés sur eux-mêmes, et on attache à l'anse qu'ils forment le bout du fil de soie qui dépasse la narine. On enduit cette mèche de charpie de cérat ou d'un onguent détersif, et on l'introduit de bas en haut dans le canal nasal et jusque dans le sac lacrymal, en tirant sur le fil qui sort par la plaie du sac. Cette mèche doit avoir deux pouces de longueur et un diamètre proportionné à celui du canal nasal; à son extrémité inférieure on attachera un fil qui servira à la retirer du canal

---

1 Mémoires de l'académie de chirurgie, tom. II, pag. 193.

nasal, ce qui se fait tous les jours ou tous les deux jours. Peu à peu on augmente la grosseur de la mèche, jusqu'à ce qu'elle ait atteint le diamétre normal du canal nasal, et on continue son usage aussi long-temps que des mucosités purulentes sont sécrétées dans le canal, et que l'introduction de la mèche se fait difficilement et cause des douleurs. Quand cela n'a plus lieu, on discontinue l'usage de la mèche; mais on laisse encore en place le fil de soie pour voir si les larmes coulent librement dans le nez, et si le canal ne s'obstrue pas de nouveau. Enfin on retire aussi le fil de soie et on ne couvre la plaie du sac lacrymal que d'une mouche de taffetas d'Angleterre; cette plaie se cicatrise communément alors sans exiger d'autres soins.[1]

Dans ces dernières années M. Harveng[2], et après lui M. Gensoul[3] et quelques autres chirurgiens ont tenté de rétablir la voie naturelle des larmes, en

---

1 (Ph. Fr. A. Walther.) *De fistula et polypo sacci lacrymalis. Dissert. inaug. quam præside Ph. Fr. A. Walther publice defendet Fr. H. Neiss. Bonnæ*, 1822. (Radius, *Script. ophthal. min.*; v. 2, pag. 97.)

2 Harveng, Mémoire sur l'opération de la fistule lacrymale, et description d'une nouvelle méthode opératoire, 1824. (Arch. gén. de méd., 1828, tom XVIII, pag. 48.)

3 Peiffer, Considérations sur la nature et le traitement des tumeurs et fistules du sac lacrymal, 1830. (Arch. gén. de méd., 1830, tom. XXIV, pag. 581.)

cautérisant les parties obstruées ou rétrécies du canal nasal au moyen du cautère actuel ou du nitrate d'argent, portés sur les parties malades à travers une canule. Le premier de ces auteurs introduit le caustique par une ouverture du sac lacrymal ; le second, par la narine. On pourra tenter l'emploi de ce moyen dans les cas où les méthodes précédemment décrites auront échoué.

Tous les procédés indiqués jusqu'à présent ont pour but de rétablir le cours naturel des larmes. On a proposé, pour les cas où ces procédés sont inapplicables ou n'ont pas réussi, de frayer aux larmes une route artificielle soit dans le nez, en perforant l'os unguis, soit dans le sinus maxillaire.

La première de ces opérations se pratique ainsi qu'il suit : Par la plaie du sac lacrymal on introduit la pointe d'un trocart, et on l'appuie sur la partie inférieure et postérieure du sac, au commencement de la gouttière lacrymale; on presse sur l'instrument jusqu'à ce que le manque de résistance indique qu'on a traversé l'os unguis et la membrane pituitaire, et qu'on est arrivé dans la fosse nasale; on retire alors le trocart en laissant en place sa canule, par laquelle on introduit jusque dans le nez un fil de soie, en s'aidant d'un stylet avec lequel on fait avancer le fil dans la canule. En se mouchant fortement, le malade fait ensuite sortir le fil par la narine; c'est au moyen de ce fil qu'on introduit dans l'ouverture

artificielle des mèches de charpie, de la même manière qu'on en introduit dans le canal nasal lorsqu'on se sert du procédé indiqué plus haut. Quand on est parvenu à se servir de mèches assez volumineuses, et à les introduire sans difficulté et sans occasioner de la douleur, on suppose que les bords de l'ouverture sont calleux et n'ont plus de tendance à se rapprocher. On retire alors d'abord la mèche, puis on éloigne aussi le fil, et on laisse cicatriser la plaie extérieure. Au lieu de mèche, on peut aussi placer dans l'ouverture artificielle une canule, qu'on y laisse à demeure, ainsi que le propose Woolhouse. Lorsque l'opération a réussi, les larmes coulent directement du sac lacrymal dans le nez par l'ouverture artificielle. Malheureusement cette opération est rarement couronnée de succès; les larmes ont peu de tendance à suivre la nouvelle voie, qui se ferme d'ordinaire dans peu de temps.

Il doit en être de même de l'ouverture pratiquée dans le sinus maxillaire; opération proposée, dans ces derniers temps, par M. Laugier [1], et sur le mérite de laquelle l'expérience n'a pas encore prononcé.

Il y a une circonstance qui doit engager le chirurgien à pratiquer aux larmes une route artificielle;

---

1 Laugier, Nouvelle route artificielle dans le cas de fistule lacrymale. (Arch. gén. de méd., 1830, tom. XXIII, p. 466.)

c'est lorsque l'os qu'on doit perforer est déjà dénudé et entretiendrait par conséquent l'inflammation du sac lacrymal. Quelquefois la carie s'empare de l'os unguis, et établit une communication entre le sac lacrymal et la fosse nasale. Dans ces cas on peut passer par cette ouverture un fil de soie, qui sert à conduire par la narine une mèche de charpie, au moyen de laquelle on porte sur les parties affectées les médicamens propres à combattre la carie; on peut aussi introduire ces médicamens par la plaie extérieure.

La cautérisation par le fer rouge, recommandée par quelques auteurs, ne doit être employée que comme dernière ressource dans la carie de l'os unguis. Pour la pratiquer, on applique à l'os carié l'extrémité d'une canule dans laquelle on introduit le cautère actuel, qu'on porte ainsi sur la partie affectée. L'application de cataplasmes émolliens empêche que l'inflammation, qui suit la cautérisation, ne devienne excessive.

Enfin, il est des cas où aucun des moyens indiqués jusqu'ici ne réussit à rétablir le cours des larmes, et où le malade est non-seulement affecté d'un larmoiement continuel, mais encore sujet à de fréquentes inflammations du sac lacrymal. Il nous reste alors encore un moyen, non de guérir le malade, mais de le délivrer pour toujours de ce qu'il y a de plus désagréable et de plus douloureux pour lui, de

l'inflammation du sac lacrymal. Ce moyen, d'abord recommandé par Nannoni[1], consiste dans la destruction complète du sac lacrymal par les caustiques ou le cautère actuel. Pour pratiquer cette opération, on incise le sac dans toute sa longueur, et on le débarrasse, au moyen d'une petite éponge et de charpie sèche, des larmes et des mucosités qu'il renferme. L'opérateur prend alors un morceau de pierre infernale, avec lequel il cautérise fortement d'abord la partie supérieure du canal nasal, ensuite tout l'intérieur du sac lacrymal; après quoi il verse dans ces parties quelques gouttes d'huile, puis remplit le sac de charpie sèche et couvre la plaie d'un petit plumasseau, qu'on fixe avec une bandelette agglutinative. On panse tous les jours avec de la charpie sèche, jusqu'à ce que l'escharre se détache; alors on enduit la charpie d'onguent digestif, de basilicum ou de précipité rouge. Dès que des granulations remplissent la cavité du sac et que la cicatrisation commence, on n'applique plus sur la plaie que de la charpie sèche ou légèrement enduite de cérat. Quelquefois une première cautérisation ne réussit point à oblitérer le sac lacrymal; on la répète alors, et si elle échoue de nouveau, on la pratique avec le cautère actuel, qu'on porte dans le sac lacrymal, à travers une canule destinée à protéger les parties envi-

---

1 A. Nannoni, *Dissertazioni chirurgiche. Parigi*, 1748.

ronnantes. Cette opération laisse toujours après elle un larmoiement incurable; mais elle délivre le malade des inflammations répétées du sac lacrymal auxquelles il était sujet précédemment. Elle est surtout indiquée dans les cas où des fongosités développées dans l'intérieur du sac lacrymal, empêchent la réussite des autres méthodes.

5.° *Atonie du sac lacrymal* (*hernie du sac lacrymal*, dacryocystoatonia, dacryocystectasis).

A la suite de l'inflammation du sac lacrymal il reste quelquefois, surtout chez les individus scrophuleux, une atonie de ce sac. Cet organe se laisse alors distendre jusqu'à un certain point, sans opposer aux larmes une résistance suffisante pour les obliger de passer dans le canal nasal, qui lui-même est relâché : il en résulte que, vers l'angle interne de l'œil, il se forme une tumeur qui augmente peu à peu, sans changer la couleur de la peau qui la recouvre. Dès que le sac est rempli, les larmes, ne pouvant plus y pénétrer, tombent sur la joue, et ce larmoiement persiste jusqu'à ce que le sac soit vidé, ce qui arrive quelquefois par l'effort de l'éternument, lequel occasionne l'écoulement dans le nez de l'humeur contenue dans le sac; mais plus souvent le malade vide cet organe en le compri-

mant; l'humeur lacrymale, mêlée d'un peu de mucus, s'écoule alors par le canal nasal dans le nez, lorsque la compression est exercée de haut en bas et de manière à boucher les conduits lacrymaux; cette humeur s'écoule au contraire par les points lacrymaux ou par ceux-ci et le canal nasal, lorsque la compression n'est pas faite comme je viens de le dire.

Cette maladie peut rester stationnaire pendant des années entières, surtout si l'individu affecté a soin de vider le sac lacrymal aussitôt qu'il est rempli; mais lorsqu'on néglige cette précaution, il en résulte un larmoiement continuel, et l'excès de distension peut amener l'inflammation du sac lacrymal.

Le traitement de l'atonie du sac lacrymal consiste dans l'emploi des collyres astringens, des pommades de précipité rouge ou blanc, appliquées sur la conjonctive à l'angle interne de l'œil; de la douche d'eau froide, dirigée sur le sac, plusieurs fois par jour, pendant un quart-d'heure; des frictions spiritueuses sur la partie malade. Enfin, lorsque ces moyens auront été employés pendant long-temps et sans succès, on pourra recourir à la cautérisation ou à l'incision du sac lacrymal. La première se fait avec la pierre infernale ou le fer rouge, qu'on applique sur la tumeur formée par le sac; il en résulte une inflammation qui doit contribuer à dissiper la maladie. L'ulcère qui est formé par la chute de l'es-

charre guérit de lui-même, et ne doit surtout pas être pansé avec des substances émollientes. Lorsqu'il est cicatrisé et que la maladie n'est pas guérie, on tâche d'obtenir la guérison en incisant le sac lacrymal dans toute sa longueur. On place entre les lèvres de la plaie une petite mèche de charpie, et on recouvre le tout d'une mouche d'emplâtre agglutinatif ou de taffetas gommé. Aussitôt que l'inflammation s'empare des parties, on retire la mèche et on abandonne la plaie à elle-même; la cicatrisation se fait, et le plus souvent l'atonie du sac se trouve guérie par l'effet de l'inflammation. Pour consolider la guérison, on peut encore employer pendant quelque temps la douche froide sur la région du sac lacrymal. La compression continue du sac lacrymal, exercée au moyen de différens appareils, est recommandée par quelques auteurs; mais il est difficile de maintenir en place ces appareils, qui, en outre, incommodent et irritent l'œil. Il est par conséquent préférable de se servir des autres moyens indiqués.

Blessures des organes lacrymaux.

Les blessures des organes lacrymaux méritent surtout l'attention du médecin, par rapport aux suites qu'elles peuvent avoir et au pronostic qu'il devra en porter. C'est ainsi qu'une plaie pénétrante de la glande lacrymale pourra être suivie d'une fistule de

cette glande; la lésion de la caroncule lacrymale détermine ordinairement l'inflammation et quelquefois la destruction de cet organe; la brûlure du point lacrymal entraîne facilement son oblitération, et cause par suite du larmoiement; la lésion d'un conduit lacrymal peut occasioner le même accident; une plaie pénétrante du sac lacrymal laisse souvent après elle une fistule du sac lacrymal.

Ces blessures sont rarement simples; le plus souvent elles sont compliquées de lésions de l'orbite, des paupières ou du globe de l'œil.

Quant au traitement de ces blessures, il ne présente rien de particulier et qui ne se trouve déjà exposé aux articles qui traitent des maladies auxquelles ces lésions peuvent donner lieu, ou ne le soit plus bas à l'article *Blessures des paupières*.

CHAPITRE II.

MALADIES DE L'ORBITE.

1.° *Inflammation du tissu cellulaire et du périoste de l'orbite* (periorbitis).

Cette maladie, qui est rare chez les individus bien constitués et ne s'observe guère chez eux qu'à la suite de lésions mécaniques, se rencontre plus fréquemment chez les enfans scrophuleux, chez lesquels on la voit apparaître le plus souvent sans cause connue. Quelquefois aussi elle n'est que la suite et la complication de l'inflammation de la glande ou de la caroncule lacrymales.

Quand l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite affecte des sujets bien constitués, qu'elle est la suite de lésions mécaniques ou de l'inflammation de la glande ou de la caroncule lacrymales, elle suit en général une marche aiguë, et se manifeste par une douleur profonde dans l'orbite, comme si la partie postérieure du globe de l'œil était comprimée; les mouvemens des paupières et du globe de l'œil sont de plus en plus gênés; l'œil lui-même n'est pas enflammé; mais étant comprimé par le tissu cellulaire tuméfié, il devient très-sensible, est poussé en avant hors de l'orbite et paraît augmenté de volume; la vue diminue et se perd complétement Le malade se

plaint de photopsie[1] et de photophobie. La fièvre se déclare de bonne heure; des délires s'y joignent, surtout quand l'inflammation se communique aux méninges. Les douleurs deviennent atroces et s'étendent à tout le côté de la tête. Le globe de l'œil, poussé en grande partie hors de l'orbite, commence alors à s'enflammer, et les paupières ne tardent pas à en faire autant.

Si l'on ne parvient pas à arrêter l'inflammation et à la résoudre, elle se termine par suppuration; dans ce cas la tuméfaction augmente; la conjonctive prend une teinte rouge foncée, s'élève, jaunit et s'ouvre en un ou plusieurs endroits, d'où s'écoule un pus sanieux mêlé de sang. Cet écoulement est rarement suivi d'une rémission marquée des symptômes, parce que, arrivée à cette période, la maladie est ordinairement compliquée de méningite et se termine par la mort. Lorsqu'on est assez heureux pour empêcher cette terminaison, il reste le plus souvent des indurations partielles du tissu cellulaire de l'orbite, qui donnent au globe de l'œil une position vicieuse, et la vue reste toujours faible ou perdue.

Cette marche aiguë de l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite est heureusement très-rare. Bien plus souvent l'inflammation suit une marche plus lente,

---

1 On appelle *photopsie*, un symptôme qui accompagne beaucoup de maladies des yeux, et qui consiste dans la vue d'étincelles, de flammes, de points lumineux.

et se borne à une petite partie du tissu cellulaire de l'orbite; c'est ce qu'on observe surtout chez les enfans scrophuleux. Cette inflammation, dont le siége ordinaire est à la partie inférieure et externe de l'orbite, ne s'annonce que par un sentiment de pression, une gêne dans les mouvemens du globe de l'œil, et une légère injection de la conjonctive. Peu à peu une tumeur se développe au bord de l'orbite, soulève la peau, devient plus tard rouge, fluctuante, et finit par s'ouvrir à l'extérieur; du pus mal lié s'en écoule, et en introduisant un stylet par l'ouverture, on découvre que le périoste est affecté, ou que l'os (ordinairement le bord de l'orbite) est à nu; la carie ou la nécrose s'empare de celui-ci, et l'abcès se change en ulcère fistuleux, qui ne se ferme qu'après la guérison de la carie ou l'expulsion des portions osseuses nécrosées. Après la guérison il reste une cicatrice plus ou moins difforme, quelquefois adhérente, surtout quand l'abcès, ayant été abandonné à lui-même, a fondu une grande portion du tissu cellulaire et a décollé la peau dans une grande étendue, et que le bord de l'orbite était frappé de nécrose : dans ces cas, après l'ouverture de l'abcès, la peau se colle à l'os, s'y attache après l'expulsion du séquestre, et tiraille quelquefois la paupière au point d'occasioner le raccourcissement de celle-ci ou son renversement en dehors (ectropion).

D'après ce que je viens de dire, on verra que l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite, quand elle est étendue et suit une marche aiguë, est une maladie très-grave ; tandis que la variété décrite en dernier lieu est peu grave, mais laisse souvent après elle une difformité qu'il est bon de prévoir et de prédire.

Le traitement de la première variété consiste dans l'emploi des antiphlogistiques dans leur plus grande étendue, surtout de la saignée et de l'application de la glace, aussi long-temps qu'on peut espérer pouvoir obtenir la résolution : on joint à l'usage de ces moyens celui des sels neutres ou du calomel à l'intérieur, des pédiluves sinapisés. Dès qu'on voit que la suppuration se fera, on la hâte par des fomentations et des cataplasmes émolliens ; et aussitôt qu'on sent de la fluctuation, on ouvre l'abcès en y plongeant une lancette ou un bistouri. Pour ne pas donner lieu à une cicatrice extérieure, on pratique cette ponction, si cela est possible, entre le globe de l'œil et la paupière, à l'endroit de la conjonctive qui fait le plus de saillie. Le plus souvent cependant l'abcès a une grande tendance à s'ouvrir à l'extérieur et la peau est amincie ; dans ces cas on incise cette dernière. Après la sortie du pus, on abandonne la petite plaie à elle-même lorsqu'elle occupe la conjonctive, et on la couvre d'une mouche d'emplâtre agglutinatif lorsqu'elle est située à la peau : si elle se ferme rop tôt, et qu'une nouvelle collection de pus se

forme, on réitère l'opération; on continue l'application de cataplasmes ou de fomentations aussi longtemps que l'inflammation l'exige. Les indurations qui subsistent après la disparition des autres symptômes, sont le plus souvent incurables; on pourra essayer de les combattre par les fondans, les frictions mercurielles. La faiblesse de la vue et l'amaurose seront difficilement guéries, quand elles persistent après la cessation des autres accidens.

Je passe au traitement de ces abcès froids ou abcès scrophuleux qui constituent la seconde variété de l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite. On commence par l'application de sangsues ou par celle d'un emplâtre résolutif sur la tumeur, selon que les signes d'inflammation sont plus ou moins prononcés. Si ces moyens ne réussissent point à dissiper la tumeur, on peut tenter d'en obtenir la résolution au moyen de la compression exercée sur elle par un bandage approprié. Aussitôt cependant que la fluctuation se fait sentir, on ouvre l'abcès au moyen de l'instrument tranchant : on pratique l'ouverture par la conjonctive dans les cas rares où l'on peut sentir la fluctuation entre l'œil et la paupière; ordinairement on incise la peau. Il est essentiel d'ouvrir de bonne heure ces abcès, et de ne pas attendre que la peau soit décollée dans une grande étendue et qu'une partie considérable du tissu cellulaire de l'orbite se soit fondue. Il est également important de ne

pas inciser la peau à un endroit qui correspond au bord de l'orbite; en omettant cette précaution, on voit, après l'écoulement du pus, les lèvres de la plaie se coller au bord de l'orbite, contracter avec lui des adhérences, et occasioner par là une cicatrice difforme, ou même un raccourcissement ou un renversement en dehors de la paupière. Pour éviter ces suites fâcheuses, on fait bien aussi, après l'ouverture de l'abcès, de tenir les paupières fermées au moyen d'une bandelette agglutinative jusqu'à la cicatrisation de la plaie, ou du moins pendant les premières semaines. Du reste, un pansement simple suffira pour faire cicatriser l'abcès dans les cas où la suppuration n'est pas entretenue par une carie, une nécrose, un vice scrophuleux ou autre. Lorsqu'au contraire cette complication existe, ce qui a lieu le plus souvent, le traitement est long et doit être principalement dirigé contre l'affection qui entretient l'ulcère fistuleux. Il se passe quelquefois un temps considérable avant que les parties nécrosées de l'orbite se détachent. J'ai traité un enfant scrophuleux chez lequel des parties nécrosées de l'orbite sortirent à différens intervalles, pendant plus de deux ans, d'un pareil ulcère fistuleux, et qui guérit ensuite pendant l'usage des antiscrophuleux.

AMMON, *Ueber Lagophthalmos und Ectropium a carie marginis orbitalis et synechia palpebræ inde orta.* (AMMON's *Zeitschrift*, tom. I.er, pag. 36.)

2.° *Tumeurs enkystées de l'orbite.*

Dans des cas assez rares, des tumeurs enkystées se développent dans le tissu cellulaire de l'orbite, compriment le globe de l'œil, le poussent vers un des côtés de l'orbite ou hors de cette cavité, gênent les mouvemens de l'œil, occasionnent du larmoiement, de la douleur, l'affaiblissement de la vue et l'inflammation du globe oculaire.

L'extirpation de la tumeur, qui est le seul remède pour cette maladie, est facile à faire lorsque la tumeur est située à la partie antérieure de l'orbite; elle est difficile, au contraire, ou ne peut même pas être faite complétement, quand le siége du kyste est dans le fond de la cavité orbitaire. Pour pratiquer l'opération, on tend la paupière inférieure, ces tumeurs ayant leur siége à la partie inférieure de l'orbite; on incise la peau de cette paupière et le muscle orbiculaire dans la direction des fibres de ce muscle; puis, après avoir saisi le kyste avec un crochet, on le détache des parties environnantes au moyen du bistouri. Le globe de l'œil reprend de lui-même sa position normale; s'il ne le fait pas, on exerce sur lui une légère pression, moyennant un bandage approprié. On rapproche les lèvres de la plaie par des bandelettes agglutinatives, ou la suture simple.

3.° *Exostoses de l'orbite.*

On a vu des exostoses se former dans l'orbite, surtout chez des individus syphilitiques ou scrophuleux, et donner lieu aux mêmes accidens que les tumeurs enkystées de cette cavité. On en a vu qui comprimaient le nerf optique, et occasionaient par conséquent la cécité. Lorsque l'exostose a son siége à la partie antérieure de l'orbite, nous pouvons la reconnaître; située profondément, elle ne se trahit que par les symptômes propres à toutes les tumeurs de l'orbite, et par ceux de la maladie générale dont elle est le résultat.

La première indication dans le cas d'exostose est de combattre la maladie qui l'a produite (la syphilis, les scrophules, etc.). Si, après la guérison de la maladie constitutionnelle, la tumeur persiste, on peut enlever celle-ci au moyen du ciseau et du maillet, mais seulement dans les cas où l'exostose est située à la partie antérieure de l'orbite; lorsqu'elle siège dans le fond de cette cavité, nous ne pouvons l'atteindre, et notre rôle se borne à combattre autant que possible les accidens que l'exostose occasionne.

4.° *Anévrismes dans l'orbite.*

Maladie peu observée, caractérisée par des douleurs dans l'œil et la tête, une pulsation de plus en

plus sensible au malade, un bruissement ou frémissement qui se communique à la main appliquée sur l'œil, des bourdonnemens d'oreille. La compression de la carotide diminue l'intensité de ces symptômes, les applications froides soulagent également le malade; mais la guérison complète ne s'obtient que par la ligature de l'artère carotide du côté malade.

5.° *Blessures de l'orbite.*

Les blessures de l'orbite se font surtout par instrumens tranchans et piquans; elles sont plus ou moins graves suivant leur étendue, et donnent lieu à l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite et à celle du périoste, lorsque celui-ci est lésé. En outre, ces blessures sont presque toujours compliquées d'une lésion soit de la conjonctive, soit des paupières, parce que les instrumens traversent ordinairement l'une ou l'autre de ces parties pour arriver dans l'orbite. Ce ne sont pas là cependant les complications les plus graves; celles beaucoup plus fâcheuses sont : la déchirure des muscles de l'œil, la lésion des nerfs qui vont à cet organe, celle enfin du cerveau, qu'on a vue plusieurs fois à la suite de coups d'épée ou de fleuret, qui avaient traversé l'orbite et pénétré dans la cavité crânienne.

Lorsque le corps qui a fait la blessure se trouve encore dans la plaie, en tout ou en partie, on commence par en faire l'extraction : on a recours ensuite

à un traitement antiphlogistique énergique, aux saignées, aux applications froides et aux dérivatifs, pour prévenir l'inflammation. Lorsque cette dernière s'est développée, on la traite comme il a été dit à l'article *Inflammation du tissu cellulaire de l'orbite.* Quelquefois il se fait dans l'orbite un épanchement de sang, qui, s'il est petit, peut être abandonné à lui-même; mais lorsqu'il est considérable, on doit lui donner issue en agrandissant l'ouverture extérieure de la plaie.

Le traitement des complications varie suivant leur nature (v. les articles *Blessures des organes lacrymaux*, *Blessures des paupières*, *Blessures du globe de l'œil*).

CHAPITRE III.

MALADIES DES PAUPIÈRES.

1.° *Inflammation des paupières* (blepharitis, *blépharophthalmie*).

Cette inflammation se présente sous six formes différentes, qui sont : l'inflammation érysipélateuse, l'inflammation phlegmoneuse, l'anchylops, l'inflammation des glandes de Meibomius, l'orgeolet et l'inflammation de la conjonctive palpébrale. Je ne traiterai ici que des cinq premières formes, préférant rattacher l'inflammation de la conjonctive palpébrale à celle de la conjonctive oculaire, à laquelle elle est presque toujours liée, et dont je parlerai en traitant des maladies du globe de l'œil.

Je n'ai pas cru devoir faire une maladie particulière de ce que quelques auteurs ont appelé *canthitis;* car cette inflammation d'un des angles de l'œil, ou plutôt d'une des commissures palpébrales, se rattache à l'une ou à l'autre des maladies dont je parlerai, et ne mérite pas un article spécial; je me borne donc à dire que les auteurs ont admis une *canthitis nasale* et une *canthitis temporale*, suivant que l'inflammation affectait la commissure nasale ou la temporale.

α. *Inflammation érysipélateuse des paupières* (œdema calidum palpebrarum).

L'érysipèle des paupières, qu'on observe le plus souvent à la paupière supérieure, se développe à la suite d'une légère blessure, d'une piqûre d'insecte, ou par l'action d'un air froid qui a subitement frappé la paupière.

Il se manifeste par une légère tumeur d'un rouge clair, translucide, et qui commence au bord palpébral, d'où elle s'étend au reste de la paupière et même à une partie de la face. La douleur est peu intense; les mouvemens de la paupière sont difficiles, les sécrétions muqueuse et lacrymale abondantes. Au bout de peu de jours l'inflammation se termine par une exsudation lymphatique, qui sèche et donne lieu à une desquamation furfuracée sur la surface précédemment enflammée, ou s'assemble sous l'épiderme pour former des bulles qui crèvent et laissent voir des croûtes qui tombent bientôt après : ce n'est que chez des individus cachectiques ou vivant dans un air vicié, ou par l'effet d'un mauvais traitement, que l'inflammation érysipélateuse s'étend en profondeur, devient phlegmoneuse et se termine par suppuration ou gangrène. Quelquefois, à la suite de l'inflammation érysipélateuse des paupières, il survient un gonflement œdémateux qui affecte principalement la paupière supérieure, et dont quelques

auteurs ont fait une affection particulière sous le nom d'*Œdème des paupières*.

Le traitement de l'inflammation érysipélateuse des paupières consiste, lorsque la maladie a été produite par une cause mécanique, dans des fomentations froides, qu'on remplace, dans les cas de grande sensibilité au froid, par les fomentations tièdes d'eau de Goulard. L'érysipèle produit par un refroidissement subit, exige l'usage de légers diaphorétiques et l'application de compresses chauffées ou de sachets aromatiques. Dans ces cas les fomentations froides amènent facilement l'œdème des paupières, qu'on combat alors par l'application de compresses chauffées ou de sachets aromatiques, et par les frictions spiritueuses.

β. *Inflammation phlegmoneuse des paupières.*

Les violences extérieures, la présence dans la paupière du dard qu'y a laissé un insecte, quelquefois aussi des causes inconnues, occasionnent l'inflammation phlegmoneuse, qui affecte le plus souvent la paupière supérieure, intéresse toute l'épaisseur de cette partie, mais ne s'étend pas au-delà du bord orbitaire.

Les symptômes de cette maladie sont naturellement plus graves que ceux qui caractérisent l'inflammation érysipélateuse; la tumeur est plus forte, la rougeur plus vive, et les douleurs sont beaucoup plus intenses; la chaleur de la partie est augmentée,

le mouvement de la paupière impossible : l'œil est rarement affecté; souvent il ne peut être examiné à cause de la tumeur palpébrale qui le recouvre. Le malade se plaint de céphalalgie : il a de la fièvre.

Tous ces accidens diminuent et disparaissent peu à peu, lorsque la maladie se termine par résolution; lorsque, au contraire, la suppuration va se faire, les douleurs deviennnent pulsatives; la rougeur se concentre et devient plus vive en un point, qui s'élève peu à peu, jaunit et donne enfin issue au pus qui s'y était formé; après quoi l'abcès se ferme plus ou moins promptement, selon l'état plus ou moins favorable dans lequel se trouve la constitution du malade, et suivant qu'on a employé un traitement plus ou moins convenable. Dans les cas les plus défavorables, et surtout quand le dard d'un insecte est resté dans la paupière, il arrive même quelquefois que la suppuration ne se fait pas, et que la gangrène (*charbon de la paupière*) s'empare de la partie enflammée; ce qui s'annonce par la disparition subite de la douleur, par la flaccidité et la couleur bleuâtre de la paupière affectée.

Dans les cas où l'inflammation est très-vive, ou lorsque la suppuration dure long-temps, ou, enfin, lorsque la gangrène s'empare de la paupière, il en résulte quelquefois l'oblitération des conduits lacrymaux, le renversement de la paupière en dedans (entropion) par suite de la déformation du cartilage

tarse; l'ectropion ou la lagophthalmie, par suite de la perte d'une partie des tégumens.

Cette maladie doit être traitée comme tout phlegmon. Après avoir enlevé, si cela est possible, les causes occasionelles, fait, par exemple, l'extraction du dard de l'insecte, on met en usage les antiphlogistiques; on emploie, suivant le plus ou moins d'intensité de l'inflammation, les saignées générales ou locales, la diète, les boissons aqueuses, les légers laxatifs. Sur la tumeur on applique des fomentations froides, aussi long-temps qu'on peut espérer d'amener la résolution; celle-ci ne peut-elle plus se faire, on favorise la suppuration par des fomentations ou des cataplasmes émolliens, et on ouvre l'abcès avec l'instrument tranchant, dès qu'on sent de la fluctuation : en attendant trop long-temps, on permettrait au pus de décoller la peau dans une grande étendue, ce qui donnerait lieu à des ulcères fistuleux difficiles à guérir, et à des pertes de substance suivies de l'ectropion. L'incision de l'abcès se fait dans le sens des fibres du muscle orbiculaire des paupières. Quand la constitution du malade et la suppuration sont bonnes, on continue l'usage des cataplasmes ou des fomentations jusqu'à la cicatrisation de la plaie. Lorsque le malade est cachectique et la suppuration sanieuse, on tâche d'améliorer la constitution du malade, et on panse l'ulcère avec l'onguent digestif, l'onguent de styrax, etc. Les

ulcères fistuleux des paupières exigent quelquefois, pour leur guérison, des contre-ouvertures, ou du moins la dilatation de leur ouverture par l'éponge préparée ou par le bistouri.

Quand l'inflammation phlegmoneuse des paupières se termine par gangrène, se change en *charbon de la paupière*, on donne à l'intérieur les toniques et les acides minéraux; on fait des incisions dans la partie affectée, on laisse couler le sang; puis on a recours aux fomentations avec les infusions aromatiques, la décoction de quinquina, avec ou sans addition de camphre et d'acides minéraux.

Dans tous les cas où une ouverture s'est faite ou a été faite à la peau palpébrale, il est nécessaire qu'on surveille attentivement la guérison de cette plaie, afin que la cicatrice ne devienne pas trop courte et n'occasionne l'ectropium ou la lagophthalmie. Lorsqu'on s'aperçoit de cette tendance de la cicatrice à devenir trop courte, ce qui a lieu surtout lorsqu'il y a perte de substance à la peau, on tient les lèvres de la plaie écartées au moyen de bandelettes agglutinatives, qu'on fixe par un bout à la lèvre de la plaie, et par l'autre à la joue et au front. On favorise alors le développement des granulations, afin d'obtenir une cicatrice assez large.

γ. *Anchylops* (ancylops, ankylops, blepharitis angularis).

Ce nom a été donné à un furoncle situé au grand angle de l'œil, dans les parties qui recouvrent le sac lacrymal.

L'anchylops se développe sans cause connue; mais affecte ordinairement des individus cachectiques, et surtout les scrophuleux.

Il se manifeste par de la rougeur, de la douleur et de la tuméfaction; cette dernière s'étend presque toujours à une partie de la paupière supérieure, quelquefois aux deux paupières, et dans des cas rares elle envahit toute la face et simule alors un érysipèle de cette partie, dont elle se distingue cependant par la douleur, qui est très-vive quand on presse la région du sac lacrymal, tandis qu'elle est nulle ou légère dans les autres parties. L'anchylops s'accompagne d'une sécrétion plus abondante de mucus dans les glandes de Meibomius; il s'y joint aussi du larmoiement dans les cas où la tuméfaction est assez forte pour empêcher le passage des larmes par les conduits lacrymaux. La conjonctive est alors plus ou moins injectée. Le malade a d'ordinaire un peu de fièvre le soir.

Rarement cette inflammation furonculaire se termine par résolution; le plus souvent la suppuration a lieu; la douleur devient alors pulsative, la rou-

geur se concentre, la fluctuation se fait sentir, et enfin l'abcès s'ouvre en un ou plusieurs points. L'ulcère qui en résulte a été appelé *Ægilops*, et prend fréquemment un caractère atonique, peu propre à la cicatrisation.

L'anchylops ne reste pas toujours simple; quelquefois l'inflammation pénètre plus profondément et s'empare du sac lacrymal : les symptômes de cette dernière inflammation se joignent alors à ceux de l'anchylops. Dans ces cas on sent parfois, à travers la tuméfaction qui appartient à celui-ci, une tumeur dure et circonscrite, qui n'est autre chose que le sac lacrymal tuméfié. Lorsque l'abcès qui résulte de cet anchylops compliqué s'ouvre, il s'en écoule du pus mêlé à de l'humeur lacrymale; la maladie est changée alors en fistule du sac lacrymal. Cette dernière est quelquefois amenée d'une autre manière par l'anchylops; celui-ci reste simple d'abord, abcède, puis s'ouvre : mais l'ulcère ou ægilops, au lieu de tendre à la cicatrisation, s'étend en profondeur, entame la paroi antérieure du sac lacrymal, et finit par la percer. La fistule du sac lacrymal qui s'établit ainsi, a été appelée *fausse* par Beer.[1]

L'anchylops simple ne peut être confondu qu'avec l'inflammation du sac lacrymal : aussi long-temps que le premier est peu développé, il est facile à re-

---

1 Beer, *Lehre, etc.*, tom. I.er, pag. 334.

connaître, parce qu'il n'intercepte point le cours des larmes par les voies lacrymales; mais lorsque la tumeur est assez forte pour comprimer et fermer les points et conduits lacrymaux, de manière à occasioner un larmoiement continuel, on ne distingue plus l'anchylops de l'inflammation du sac lacrymal que par la marche qu'il a suivie. Lorsque l'abcès s'ouvre, la nature du pus qui s'écoule indique suffisamment si le sac lacrymal est percé ou non; on peut s'en convaincre aussi au moyen de la sonde.

Le pronostic de l'anchylops est favorable chez les individus bien constitués, et lorsque la maladie est simple; chez les scrophuleux elle est sujette aux récidives et se complique facilement de l'inflammation du sac lacrymal.

Le traitement de l'anchylops consiste dans l'application de sangsues au voisinage de la tumeur, quand l'inflammation est vive, et dans l'usage de fomentations froides aussi long-temps qu'on peut espérer la résolution de la maladie. En même temps on donne des laxatifs à l'intérieur, et on met le malade à un régime antiphlogistique. Quelquefois l'inflammation est érysipélateuse, et ne supporterait pas les applications froides, qui doivent être remplacées par des compresses chauffées. Lorsqu'il n'est plus possible d'obtenir la résolution, on hâte la suppuration par les cataplasmes émolliens et les emplâtres maturatifs; et aussitôt que la fluctuation se fait

sentir dans la tumeur, on y plonge un bistouri ou une lancette, pour éviter que le pus ne se fraie une route dans le sac lacrymal.

L'incision devra être assez étendue pour donner une issue facile au pus, et avoir une direction parallèle aux fibres du muscle orbiculaire des paupières, afin que la cicatrice soit aussi peu apparente que possible. On continue l'usage des cataplasmes jusqu'à ce que toute dureté ait disparu; alors on panse avec un plumasseau de charpie ou un petit linge, enduits de cérat lorsque l'ulcère a un aspect favorable à la cicatrisation; enduits, au contraire, d'onguent digestif, ou imprégnés de vin aromatique, d'une décoction de quinquina, d'infusion de camomille, lorsque l'ulcère paraît atonique, ce qui arrive très-souvent. Quelquefois ces moyens ne suffisent pas, et l'on est obligé de panser l'ulcère avec un onguent de précipité rouge, ou même de cautériser toute la surface ulcérée avec la pierre infernale. Dans les cas où la peau est décollée dans le pourtour de l'ulcère, on la fend vers en haut et en bas, et même dans d'autres directions, si le décollement est considérable; on se sert à cet effet du bistouri, conduit par la sonde cannelée. Il faudrait même, si la peau était très-amincie, l'enlever complétement au moyen des ciseaux. Après cette opération on panse l'ulcère, suivant son état plus ou moins inflammatoire, soit avec du cérat, soit avec des substances stimulantes.

δ. *Inflammation des glandes de Meibomius (inflammation du bord des paupières; blépharophthalmie glanduleuse; blépharadénite; blépharoblennorrhée;* lippitudo).

Cette inflammation s'observe fréquemment chez les individus qui sont exposés aux changemens subits de température, qui vivent dans une atmosphère viciée, qui se lavent les yeux avec de l'eau corrompue ou impure. Elle est habituelle chez beaucoup de vieillards, d'où lui est venu, chez les vieilles femmes, le nom d'*ophthalmia vetularum.*

La maladie commence par de la démangeaison, de la rougeur et de la tuméfaction au bord des paupières : la rougeur s'étend ensuite à la conjonctive qui tapisse les paupières : ces dernières se meuvent difficilement; les larmes sont sécrétées plus abondamment, deviennent âcres et irritent les parties qu'elles touchent. Arrivée à cette période, la maladie a été appelée, par les auteurs anciens, *ophthalmie humide* ou *séreuse.* Cependant, à mesure que l'irritation consécutive de la glande lacrymale augmente, la sécrétion de cet organe diminue et cesse même tout-à-fait; alors l'œil est sec, et la maladie est arrivée à la période qui constitue le *scheroma*, *xeromicter*, *xerophthalmus*, la *xérophthalmie* des anciens.

Peu à peu l'inflammation du bord des paupières

diminue d'intensité; la sécrétion lacrymale devient de nouveau plus abondante; les glandes de Meibomius, qui depuis le commencement de la maladie avaient cessé de sécréter des mucosités, recommencent leur sécrétion; mais celle-ci est plus abondante, le mucus est quelquefois purulent; les mouvemens des paupières le répandent sur la face antérieure de l'œil, ce qui fait que les malades voient trouble, surtout à la lumière artificielle, où ils observent devant leurs yeux des stries et des points de différentes couleurs ou plus ou moins opaques, ce qui les alarme beaucoup. Pendant le sommeil du malade, les paupières s'agglutinent; le mucus sèche et forme des croûtes entre les cils. C'est la maladie arrivée à cette période que les anciens ont appelée *lippitudo*, *lippitudo sicca*, *crystallifera;* elle prenait le nom de *lippitudo angularis* ou *lemositas*, quand l'inflammation et la sécrétion muqueuse anomale se bornaient aux commissures des paupières, ce qui constitue la *canthitis* de quelques auteurs modernes.

En même temps que la sécrétion muqueuse augmente dans les glandes de Meibomius, il arrive quelquefois que des excoriations se forment sur le bord des paupières, ou seulement à leur commissure, qu'elles peuvent même détruire (*peribrosis*, *perivrasis* des anciens). Cette destruction de la commissure des paupières occasionne le renversement

de la paupière inférieure en dehors; tandis que les excoriations du bord des paupières donnent lieu quelquefois à des adhérences entre les deux bords (*anchyloblepharon*), surtout lorsque ces excoriations se correspondent aux paupières inférieure et supérieure, et que le malade tient les yeux habituellement fermés.

Lorsque, par des soins appropriés, les excoriations se guérissent, et que l'inflammation se dissipe, il reste cependant très-souvent une sécrétion plus abondante de mucosités, qui a beaucoup de tendance à devenir habituelle.

Traitement. Aussi long-temps que l'inflammation est vive, on fait des fomentations froides; mais lorsque cette inflammation a diminué et qu'il se fait une sécrétion abondante de mucus puriforme, on passe à l'usage de collyres légèrement astringens, préparés avec le sublimé corrosif, le sulfate de zinc, la pierre divine, auxquels on ajoute de la teinture d'opium. Si l'on se servait de collyres fortement astringens, on pourrait supprimer brusquement la sécrétion muqueuse, et occasioner une faiblesse de la vue. Pour hâter la cicatrisation des parties excoriées, on choisit de préférence les collyres ou les onguens faits avec des préparations saturnines. Enfin, lorsqu'il ne reste plus de la maladie qu'une sécrétion trop abondante de mucus, on tâche de la ramener à son état normal par l'usage de pom-

mades de précipité rouge ou blanc, de tutie préparée, de la pommade de Janin, en ayant soin de proportionner la force du médicament à la susceptibilité du malade. Cet état est quelquefois très-opiniâtre, et exige de la persévérance dans l'usage des remèdes, dont la dose ou la force doit être progressivement augmentée.

Pendant tout le cours de la maladie, les mucosités doivent être enlevées fréquemment avec une éponge fine et de l'eau tiède; le matin le malade n'ouvrira les yeux qu'après avoir ramolli les croûtes avec de l'eau tiède. L'omission de ces soins de propreté occasionne la perte des cils ou leur direction vicieuse.

ε. *Orgeolet* (*grain d'orge; orgueilleux;* hordeolum; blepharitis furunculosa; *crithe*). [Fig. 10.]

On appelle *orgeolet*, un petit furoncle qui se développe dans une glande de Meibomius ou dans le tissu cellulaire du bord des paupières.

Cette maladie, qui est surtout fréquente chez les individus scrophuleux, se développe sans cause connue et se manifeste par la tension, la démangeaison et la rougeur du bord de la paupière; cette rougeur est plus intense dans un point, lequel présente également de la tuméfaction et de la dureté. La sécrétion des glandes muqueuses du bord de la paupière est augmentée. Après avoir duré quelques jours, l'in-

flammation se termine par résolution, par suppuration ou par induration. La suppuration s'annonce par l'augmentation de la rougeur et de la tumeur, et par l'apparition d'un point blanc au sommet de cette tumeur; l'abcès s'ouvre, donne issue à une petite quantité de pus, et le petit ulcère qui en résulte se cicatrise promptement. Quand l'orgeolet tend à l'induration, les signes d'inflammation se dissipent; tandis que la tumeur et la dureté persistent. Cette induration, qui constitue la *chalaze*, est la seule suite fâcheuse de l'orgeolet, parce qu'elle rend la paupière difforme et irrite le globe de l'œil.

Aussi long-temps qu'on peut espérer d'obtenir la résolution du petit phlegmon, on emploie les fomentations froides, l'application de la glace; ces moyens ne doivent cependant pas être continués long-temps, et chez les scrophuleux il vaut mieux ne pas les mettre en usage du tout et recourir de suite à ceux qui favorisent la suppuration, de crainte que l'induration ne se fasse. Ces moyens sont : les fomentations émollientes, les cataplasmes préparés avec de la mie de pain, de la farine de graine de lin ou des pommes cuites; on continue l'usage de ces moyens jusqu'à la résolution complète de toute dureté. Sur l'ouverture du petit abcès on applique une mouche d'emplâtre de diachylon gommé, ou même on le laisse à découvert. On ajoute aux cataplasmes du camphre ou des poudres résolutives de

ciguë ou de saponaire, dans les cas où l'inflammation menacerait de se terminer par induration.

A la suite de l'orgeolet, les malades conservent quelquefois une sécrétion trop abondante de mucus par les glandes de Meibomius, qui est combattue par les moyens indiqués à l'article précédent.

2.° *Chalaze* (chalazion, chalazosis, grando, tophus, porosis).

En parlant de l'orgeolet, j'ai dit que chez les individus scrophuleux et chez ceux qui vivent dans un air malsain cette inflammation furonculaire se termine quelquefois par induration, et prend alors le nom de *chalaze* ou *grando.* Cette tumeur a été appelée *gravelle*, *lithiasis*, dans les cas où elle présente une dureté pierreuse.

Le plus souvent il n'existe qu'une chalaze à une paupière; quelquefois il y en a plusieurs. La tumeur est située soit entre la peau et le cartilage tarse, soit entre celui-ci et la conjonctive. Dans le premier cas, elle fait une plus grande saillie au dehors, et la peau est rougeâtre; dans le second cas, la couleur de la peau n'est pas changée, et on n'aperçoit la tumeur distinctement qu'en renversant la paupière en dehors.

La maladie est peu grave lorsqu'il n'existe qu'une seule chalaze et que l'individu est bien constitué; mais elle peut dégénérer en squirrhe de la paupière

lorsque plusieurs chalazes se trouvent à la paupière d'un individu cacochyme.

On combat les chalazes par des médicamens ou par l'opération. En employant des médicamens, on a pour but de faire disparaître la tumeur soit par résolution, soit par suppuration. Les moyens dont on se sert sont : les frictions faites avec du liniment volatil, de l'onguent mercuriel, de l'éther, de la teinture de cantharides. Pendant qu'on exerce les frictions, le malade tient les paupières fermées, afin que les substances employées ne touchent point le globe de l'œil. Après chaque friction on applique sur la tumeur un emplâtre de diachylon gommé, ou un emplâtre mercuriel, qu'on laisse en place pendant la nuit.

Lorsqu'on s'aperçoit qu'au lieu de se résoudre, la tumeur devient plus rouge, plus grande, et que la suppuration tend à se faire, on favorise celle-ci par l'application de cataplasmes émolliens et d'emplâtres maturatifs, dont on continue l'usage jusqu'à la fonte complète de la tumeur. Lorsque la chalaze est très-dure et volumineuse, lorsqu'il y en a plusieurs à la même paupière, et que le malade est cacochyme, on a recours à l'opération; l'usage des frictions serait insuffisant et pourrait, dans ces cas, amener le squirrhe de la paupière.

L'extirpation d'une chalaze se fait soit par la face extérieure, soit par la face intérieure de la paupière,

selon que la tumeur est située devant ou derrière le cartilage tarse. L'opérateur saisit la paupière entre le pouce et l'indicateur, incise la peau ou la conjonctive, engage dans la tumeur une érigne, qu'il donne à tenir à un aide, et sépare enfin la chalaze des parties environnantes au moyen du bistouri. On abandonne la plaie à elle-même, quand elle est située à la face interne de la paupière; lorsqu'elle se trouve à l'extérieur, on réunit ses lèvres au moyen d'une bandelette agglutinative ou d'un point de suture. Dans les cas où la chalaze est adhérente au cartilage tarse, on n'enlève que les parties antérieures de la tumeur, en laissant la paroi postérieure attachée au cartilage; on favorise alors la suppuration en touchant la plaie avec du laudanum; le pus ayant entraîné les restes de la tumeur, on laisse la plaie se cicatriser. On peut aussi, après avoir excisé une partie de la tumeur, cautériser le reste avec le nitrate d'argent, puis appliquer un cataplasme émollient. Si, après la chute de l'escharre, il reste des parties endurcies, on réitère la cautérisation.

3.° *Endurcissement du bord des paupières* (tylosis, pacheablephara, pacheablepharosis, pachytes.)

Cette maladie, déterminée par des inflammations répétées du bord des paupières, est caractérisée par

une tuméfaction dure et indolore de cette partie. On l'observe le plus souvent sur des individus cachectiques, chez lesquels elle est toujours longue et difficile à guérir, et passe quelquefois à l'état squirrheux.

La première indication est d'améliorer l'état général du malade, la seconde de résoudre l'endurcissement, et dans cette vue on emploie d'abord les cataplasmes narcotico-émolliens, auxquels on ajoute du camphre, puis les pommades préparées avec le précipité rouge ou blanc de mercure, et enfin l'onguent citrin. Dès qu'on s'aperçoit que des varicosités se développent sur la tumeur, que celle-ci devient douloureuse et passe à l'état squirrheux, on cesse l'usage des moyens employés jusque-là, de crainte de hâter la dégénérescence carcinomateuse, et on abandonne la maladie à elle-même.

4.° *Squirrhe et carcinome de la paupière.*

Le squirrhe de la paupière est quelquefois difficile à distinguer de l'endurcissement bénin; le plus souvent il ne diffère de ce dernier que par sa plus grande dureté, l'état variqueux des vaisseaux qui l'environnent, et par sa forme, qui est plus circonscrite.

Le squirrhe est la suite de l'endurcissement du bord des paupières, ou bien il est produit par des contusions ou des inflammations répétées des paupières.

Tout ce qui est capable d'exciter une inflammation dans la tumeur, peut faire passer le squirrhe à l'état carcinomateux. Dans ces cas, l'état variqueux des vaisseaux augmente, la tumeur s'étend, des douleurs très-vives s'y manifestent, la peau devient rouge, livide et finit par s'ulcérer.

Le squirrhe de la paupière est une maladie grave qui, à la vérité, peut rester stationnaire pendant bien des années; mais qui peut aussi se changer en cancer, et qui, en tout cas, ne peut être guérie que par l'opération. Le carcinome de la paupière entraîne la mort du malade, si on n'a pas recours à l'opération aussitôt que la dégénérescence se manifeste.

Le traitement consiste à ne rien faire aussi longtemps que le squirrhe est stationnaire ; mais s'il commence à s'étendre, à s'enflammer, à causer des douleurs, on fait l'extirpation des parties malades au moyen du bistouri ou des ciseaux. La direction de l'incision variera nécessairement suivant la forme et l'étendue de la tumeur; l'essentiel est qu'on enlève toutes les parties affectées, en ménageant, autant que possible, les parties saines : on procède de même dans les cas de carcinome. Lorsque la maladie occupe toute la paupière supérieure, ou qu'elle s'est étendue à la conjonctive du globe de l'œil, on est obligé d'extirper ce dernier conjointement avec la paupière, pour enlever toutes les parties altérées, et pour ne pas abandonner l'œil à l'inflammation, qui

s'en emparerait infailliblement, si on le laissait exposé à la lumière et à l'influence des corps étrangers, en le privant de l'abri que lui offre la paupière supérieure.

5.° *Phlyctènes (hydatides); grains de millet (grains de grêle); verrues et autres excroissances des paupières.*

Les *phlyctènes* sont de petites vésicules remplies de sérosité et situées sur le bord des paupières, où tantôt elles occasionnent une légère gêne dans les mouvemens de la paupière, et tantôt n'incommodent nullement. Si la personne qui porte une phlyctène veut en être débarrassée, on ouvre la vésicule avec une aiguille à cataracte, ou l'on coupe sa paroi antérieure avec des ciseaux, et l'on fait ensuite quelques fomentations avec de l'eau de Goulard.

Les *grains de millet* sont situés sur la peau de la paupière, et sont formés par de petites élévations de l'épiderme, qui contiennent une matière sébacée et ont la forme d'un grain de millet. On les enlève en les ouvrant avec une aiguille, et en exprimant la matière qui y est contenue.

Les *verrues* des paupières sont, comme celles des autres parties du corps, pédiculées ou plates. Les premières peuvent être enlevées par la ligature ou les ciseaux; les verrues à base large sont extirpées

au moyen du bistouri. On peut aussi se servir des caustiques seuls, ou après l'excision, chez les personnes bien constituées ; mais il faut s'en garder chez les cachectiques, et surtout chez les individus affectés de squirrhe ou de cancer de quelque autre partie du corps : chez ces derniers les verrues sont quelquefois douloureuses, entourées de vaisseaux variqueux, et tendent à devenir cancéreuses (*akrochordon*); il vaut alors mieux les abandonner à elles-mêmes, que de risquer de les transformer en ulcères cancéreux de la paupière.

Ce que nous venons de dire des verrues, s'applique également aux autres excroissances qui peuvent se développer sur les paupières.

6.° *Tumeurs enkystées des paupières (tumeurs tarsales des paupières).*

Les tumeurs enkystées ou loupes des paupières, qui se développent sans cause connue, se manifestent d'abord par une légère tuméfaction, sans changement de couleur à la peau, sans douleur. La tumeur augmente de volume, est circonscrite, tantôt mobile, tantôt immobile, selon qu'elle est ou n'est pas attachée au cartilage tarse ; elle gêne plus ou moins les mouvemens de la paupière, dont elle peut occasioner le renversement.

On guérit ces tumeurs, soit en y passant un fil

ou une aiguille, qu'on y laisse à demeure, en guise de séton, jusqu'à ce que la tumeur se soit dissipée; soit en incisant la tumeur, pour la vider et détruire le kyste par la cautérisation avec la pierre infernale et par la suppuration; soit, enfin, en extirpant la tumeur : ce dernier moyen est le plus sûr. L'opération se pratique comme pour l'extirpation de la chalaze (v. cet article).

Chez les malades qui se refusent à l'extirpation, ou qui craignent la cicatrice dans les cas où la tumeur est située entre la peau et le cartilage tarse, auquel elle est adhérente, on peut suivre l'exemple de M. Lawrence[1], renverser la paupière en dehors, enfoncer une lancette dans le kyste, en traversant la conjonctive et le cartilage tarse, vider la tumeur et l'abandonner ensuite à elle-même; quelquefois elle se rétrécit et disparaît, mais d'autres fois le kyste se remplit de nouveau.

7.° *Trichiasis et distichiasis* (phalangosis). [Fig. 12.]

Lorsque tous les cils d'une paupière ou quelques-uns d'entre eux prennent une direction vicieuse, en se tournant vers le globe de l'œil, qu'ils irritent et enflamment, ils constituent la maladie appelée *tri-*

---

1 *The Lancet*, 1829 — 1830, v. 2, pag. 669.

chiasis. Ce qu'on nomme *distichiasis* ne diffère du trichiasis qu'en ce que, dans le premier état, il y a à la même paupière deux rangées de cils, dont l'une conserve sa position normale, tandis que l'autre est dirigée vers l'œil. Dans le trichiasis il n'existe qu'une rangée de cils, laquelle est dirigée vers l'œil en tout ou en partie. Dans les deux variétés ce n'est que la position des cils qui est vicieuse, celle de la paupière est normale; c'est ce qui distingue ces maladies de l'entropion, qui consiste dans le renversement de la paupière en dedans.

La cause ordinaire du trichiasis est l'inflammation et l'ulcération des glandes de Meibomius et du bord libre des paupières, d'où résultent des indurations, des callosités et des cicatrices qui empêchent les cils de percer la peau dans ces endroits, et les obligent de se dévier et de prendre une direction anormale.

L'ophthalmie qui en résulte, persiste et fait des progrès aussi long-temps qu'on n'éloigne pas la cause irritante, c'est-à-dire les cils dirigés contre l'œil. Un pannus ou des taies se forment sur la cornée et abolissent la vue, ou l'inflammation s'empare du globe entier et le détruit. Consultés de bonne heure, nous pouvons prévenir ces terminaisons.

Le traitement du trichiasis est palliatif ou curatif. Le premier consiste dans l'arrachement des cils dont la position est vicieuse. A cet effet on se sert d'une petite pince (fig. 6), avec laquelle on saisit le cil près

de sa racine; on tire doucement, et on ne serre la pince que médiocrement, afin de ne pas couper le cil à l'endroit où on le saisit, mais de l'arracher avec sa racine : car, en laissant en place une partie du cil, on augmenterait le mal au lieu de le diminuer; cette partie irriterait l'œil plus fortement que ne le faisait le cil entier. Une autre précaution essentielle, c'est d'arracher tous les cils dirigés vers l'œil, ce qui n'est pas toujours facile; car quelquefois ces cils sont tellement déliés, qu'on les aperçoit à peine à l'œil nu. On parvient souvent à les découvrir en fermant la paupière et en la rouvrant doucement; parce qu'alors les larmes, les ayant touchés, s'y attachent sous forme de gouttelettes. Aussi longtemps que le malade sent de la douleur dans l'œil, lorsqu'il ferme les paupières, on peut être sûr qu'il reste encore des cils à arracher.

On répète l'arrachement des cils aussi souvent qu'ils se reproduisent et causent des douleurs au malade; peu à peu les cils reproduits deviennent plus déliés, et quelquefois cessent de renaître : dans ces cas le traitement palliatif a amené, à la fin, la cure radicale.

On obtient plus sûrement cette dernière, en pratiquant, comme le conseille le professeur JÆGER, de Vienne[1], l'extirpation des cils renversés et de leurs

---

1 C. HOSP, *Dissert. med. chirurg. sistens diagnosin et curam*

bulbes. A cet effet on introduit sous la paupière une plaque de corne (fig. 7), concave d'un côté pour s'adapter à la convexité du globe de l'œil; convexe de l'autre, et portant sur cette dernière face une rainure dans laquelle un aide tient engagé le bord de la paupière, en même temps qu'il tend cette dernière. Le chirurgien pratique ensuite à la peau, avec un scalpel fortement convexe vers son extrémité, une incision qui pénètre jusqu'au cartilage tarse, et qui doit se trouver à une ligne derrière les cils renversés; ceci fait, il saisit avec une pince la lèvre de la plaie qui correspond aux cils, et l'excise avec le scalpel ou les ciseaux courbes sur le plat, en ayant soin d'enlever les bulbes des cils, sans cependant intéresser le tarse et le bord interne de la paupière. Pendant l'opération, qui est très-douloureuse, on fait des aspersions d'eau froide sur la plaie, afin d'arrêter l'hémorrhagie et de calmer les douleurs. Peu de jours suffisent à la plaie pour se cicatriser. Le pansement se borne à une compresse pendue devant l'œil, pour empêcher la poussière de s'introduire dans la plaie. Lorsqu'on aperçoit peu de temps après l'opération un point noir dans la plaie, on le cautérise avec la pierre infernale; car c'est le bulbe d'un cil qu'on n'a pas enlevé tout-à-fait, et qui reproduirait la maladie.

---

radicalem trichiasis, distichiasis nec non entropii. (RADIUS, *Script. ophth. minores*, tom. I.er, pag. 179.)

Un procédé opératoire qui a de l'analogie avec le précédent, et qui est surtout applicable dans les cas où un petit nombre de cils est dirigé vers l'œil, c'est celui de VACCA-BERLINGHIERI[1]. Ce chirurgien fait à la peau qui recouvre les bulbes des cils déviés trois incisions, dont deux verticales et une troisième horizontale, qui réunit les deux autres de manière à circonscrire un lambeau de la peau, lequel est disséqué ensuite et replié pour mettre à découvert les bulbes des cils déviés : ceux-ci sont alors saisis l'un après l'autre avec une pince et excisés avec le bistouri ou des ciseaux; après quoi on réapplique le lambeau, et on le maintient avec une bandelette de taffetas gommé. Au lieu d'exciser les bulbes des cils, on peut aussi les cautériser avec un pinceau trempé dans de l'acide nitrique. Les cils dont les bulbes ont été détruits, tombent au bout de quelques jours; mais s'ils irritent fortement le globe de l'œil, on fait mieux de les arracher immédiatement après l'opération.

Le traitement du distichiasis est le même que celui du trichiasis.

---

1 *Annali universali di med.*, 1825, Oct. et Nov. (Arch. gén. de méd., 1825, tom. IX, pag. 592.)

8.° *Alopécie des cils et des sourcils (madarose,* ptilosis, psilosis, milphosis).

Les cils et les poils des sourcils tombent quelquefois à la suite d'inflammations chroniques des parties où ils sont implantés, ou de maladies graves, surtout de fièvres nerveuses. Lorsque les bulbes des poils sont détruits, ce qui arrive principalement par l'effet d'inflammations et de suppuration chroniques, l'alopécie est incurable; dans le cas contraire, les poils sont reproduits. Pour hâter cette reproduction, on a recommandé les applications spiritueuses, aromatiques, toniques, surtout celles d'extrait de quinquina.

9.° *Entropion (renversement en dedans du bord des paupières).*

Le bord des paupières peut être renversé en dedans dans toute sa longueur, ou en partie seulement; l'entropion est donc général ou partiel. Il affecte plus souvent la paupière inférieure que la supérieure.

Les causes de cette maladie sont : le relâchement de la peau palpébrale (*phalangosis*), les tumeurs enkystées situées dans cette partie, les cicatrices à la face interne de la paupière, qui rendent cette face moins longue que l'externe; la déformation du

cartilage tarse à la suite d'inflammations chroniques du bord des paupières; un spasme prolongé des paupières.

Les cils étant dirigés vers le globe de l'œil dans l'entropion comme dans le trichiasis, occasionnent aussi les mêmes accidens, l'irritation, l'inflammation, la désorganisation du globe de l'œil.

La guérison de l'entropion est plus ou moins difficile, suivant la cause et l'ancienneté de la maladie. Celui qui est produit par le relâchement de la peau, ou la présence de tumeurs enkystées de la paupière, est plus facile à guérir que celui qui dépend d'un raccourcissement de la face interne de la paupière, ou de la déformation du cartilage tarse.

Cette diversité des causes fait aussi varier le traitement. Lorsque l'entropion dépend du relâchement de la peau palpébrale, et que ce relâchement est peu considérable, on fait des frictions sur cette partie avec la teinture de cantharides; ou bien l'on applique, pendant quelques semaines, des bandelettes agglutinatives ou de taffetas gommé, qui tiennent le bord de la paupière dans sa situation normale; ou bien, enfin, on cautérise la peau relâchée avec une baguette trempée dans de l'acide sulfurique ou nitrique concentré, et qu'on promène lentement sur la paupière relâchée, dans la direction des deux angles de l'œil, jusqu'à ce que la peau se soit contractée. Si, après la chute de l'escharre, le relâchement n'a

pas complétement disparu, on répète cette cautérisation que le docteur HELLING[1] a recommandée le premier.

Les relâchemens considérables des paupières résistent à ces moyens, et ne peuvent être guéris que par l'excision d'une partie de la peau relâchée. On pratique l'opération de la manière suivante : on fait à la peau de la paupière relâchée un pli transversal, qu'on saisit avec une pince ordinaire ou mieux encore avec celles inventées par HIMLY et GRÆFE (fig. 8), lesquelles forment un arc de cercle à la partie destinée à saisir la peau, et valent beaucoup mieux que la pince en béquille de BEER. On ordonne ensuite au malade d'ouvrir et de fermer alternativement les yeux; si la position des cils est alors normale, et que les mouvemens sont égaux dans les paupières des deux yeux, le pli a la grandeur qu'il doit avoir, et on le coupe avec des ciseaux d'un seul coup, en suivant le bord de la pince, et en ayant soin de ne pas comprendre dans l'excision les muscles de la paupière. On lave la plaie avec de l'eau froide, jusqu'à ce que le sang cesse de couler, puis on réunit les lèvres de la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives, ou de deux ou trois points de suture, qu'on enlève au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Je préfère ce dernier

---

1 HELLING, *Handbuch*, *etc.*, tom. I.er, pag. 310.

mode de réunion, parce qu'il maintient mieux les parties, et procure par là une cicatrisation plus rapide. Lorsque la maladie est ancienne, et que le tarse a de la tendance à se renverser en dedans, on peut suivre le conseil de M. LAWRENCE[1], et emporter aussi quelques fibres du muscle orbiculaire, afin de rendre la cicatrice plus ferme.

Le professeur AMMON[2], ayant remarqué que presque toujours au relâchement de la peau était jointe une corrugation du cartilage tarse, et surtout de sa face interne, a imaginé un procédé opératoire qu'il appelle *Tarsotomie longitudinale* ou *horizontale*, et qui consiste à saisir le bord libre de la paupière renversée, puis de traverser de dedans en dehors, avec un couteau à cataracte à double tranchant, toute l'épaisseur de la paupière, et d'inciser ainsi le cartilage tarse depuis le voisinage des conduits lacrymaux, qu'on évite soigneusement de blesser, jusqu'à un demi-pouce de la commissure externe des paupières. Cette incision doit être faite à trois lignes du bord de la paupière, et être parallèle à celui-ci. On enlève ensuite une portion de la peau relâchée, comme dans le procédé décrit plus haut, et on réunit les lèvres de la plaie extérieure au moyen de la suture. Il se forme alors, entre les parties

---

1 *The Lancet*, 1829 — 1830, vol. 2, pag. 667.

2 AMMON's *Zeitschrift*, 1833, tom. III, pag. 247.

séparées du cartilage tarse, une exsudation qui rend à cet organe, précédemment déformé, sa direction normale.

Lorsque l'entropion dépend d'une cicatrice à la face interne de la paupière, on l'excise et on tâche d'obtenir une cicatrice plus large, en alongeant la paupière au moyen de bandelettes agglutinatives qu'on fixe à la joue ou au front, suivant qu'on a opéré la paupière supérieure ou l'inférieure.

Lorsque l'entropion est dû à la déformation du cartilage tarse, CRAMPTON[1] a proposé d'inciser perpendiculairement le bord de la paupière et le cartilage tarse aux deux extrémités, et de réunir les deux incisions par une troisième, qui diviserait horizontalement la conjonctive; de redresser ensuite et d'alonger la partie comprise entre les trois incisions au moyen de fils passés par le bord libre de la paupière, et attachés au front ou à la joue. Dans les mêmes cas, SAUNDERS[2] préfère extirper le cartilage tarse : à cet effet il place une plaque de corne ou d'argent entre la paupière et le globe de l'œil, puis fait à la peau, derrière la racine des cils, une incision qui dépasse les extrémités du cartilage, sépare celui-ci de la peau et du tissu cellulaire, coupe en-

---

1 CRAMPTON, *Essay on the entropion or inversion of the eye-lids*. Lond., 1806.

2 SAUNDERS, *Treatise on some practical points relating to the diseases of the eye*. Lond., 1816, pag. 84.

fin la conjonctive qui retient le cartilage et enlève ce dernier. Ces deux procédés sont peu sûrs, ainsi que celui qui les précède; il vaut mieux leur substituer l'arrachement des cils ou l'extirpation du bord de la paupière, tels qu'on les pratique dans le trichiasis.

10.° *Ectropion* (*renversement en dehors du bord des paupières; éraillement des paupières*). [Fig. 14.]

Cette maladie, qui affecte ordinairement la paupière inférieure, est occasionée tantôt par des cicatrices trop courtes du tissu cutané de la paupière, à la suite de plaies, d'abcès et surtout de brûlures de cette partie, ou de carie du bord de l'orbite; tantôt par la destruction des commissures des paupières par des plaies ou des ulcères; tantôt par des tumeurs développées à la face interne des paupières; tantôt par la paralysie de la moitié inférieure du muscle orbiculaire, ou le relâchement de la conjonctive; tantôt par le boursoufflement de la conjonctive. L'ectropion produit par cette dernière cause, a été appelé *sarcomateux*.

Dans tous les cas la maladie est facile à reconnaître. La paupière étant renversée en dehors en partie ou en totalité, la conjonctive est continuellement exposée à l'air, s'enflamme, prend une cou-

leur rouge intense, ce qui cause une difformité très-grande. Les larmes n'étant plus retenues par la paupière inférieure, lorsque celle-ci est affectée, ni absorbées par le point lacrymal inférieur, tombent sur la joue. En même temps l'œil ne peut plus être recouvert entièrement par les paupières, il est par conséquent toujours exposé aux agens extérieurs, qui peuvent finir par l'enflammer.

La guérison de l'ectropion est quelquefois très-difficile; c'est ce que prouve déjà le grand nombre de moyens qu'on a proposés pour combattre cette maladie.

L'ectropion sarcomateux et celui produit par une tumeur de la paupière, sont les moins rebelles. Quand la conjonctive n'est que boursoufflée, on parvient le plus souvent à guérir l'ectropion qui en résulte, par l'application d'une sangsue sur la conjonctive tous les trois ou quatre jours, puis par l'usage du laudanum, avec lequel on touche la partie malade une ou deux fois par jour. Si l'inflammation résiste et a un caractère plus passif, on applique deux fois par jour, sur la partie boursoufflée, une pincée d'une poudre composée de parties égales de sucre, de calomel et de tutie, ou de sucre et d'oxide blanc de bismuth; ou bien on se sert d'une pommade de précipité rouge, dont on augmente la force suivant la plus ou moins grande sensibilité de la conjonctive. Lorsque cette mem-

brane est très-peu sensible, on la scarifie avec une lancette ou un couteau à cataracte avant d'appliquer l'onguent, et on la touche même avec la pierre infernale. Ces moyens échouent quand la conjonctive est dure et sarcomateuse; dans ce cas on l'excise avec le bistouri ou les ciseaux, après l'avoir d'abord attirée à soi avec une érigne, et en faisant attention de ne pas léser le cartilage tarse. La légère inflammation qui suit cette opération n'exige, pour être dissipée, que les moyens ordinaires.

Lorsque l'ectropion dépend de la présence d'une tumeur, l'extirpation de celle-ci guérit la maladie.

L'ectropion qui provient de l'atonie ou de la paralysie de la moitié inférieure du muscle orbiculaire des paupières, est souvent incurable, parce qu'il ne se rencontre guères que chez les vieillards, ce qui l'a fait appeler *ectropium senile;* il doit être traité par des frictions irritantes, rubéfiantes; par l'électricité, et en général par les moyens employés ordinairement pour combattre les paralysies. S'ils ne réussissent point, on peut employer ceux qu'on met également en usage lorsque l'ectropion dépend du relâchement de la conjonctive, et qui sont : les collyres fortement astringens, préparés avec le sulfate de zinc; la pierre divine, l'alun, le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent; la cautérisation de la conjonctive avec la pierre infernale, ou son excision partielle au moyen de ciseaux courbes sur leur

plat. Après avoir touché la conjonctive avec le caustique, on empêche que son action ne se propage trop loin, en passant sur la partie cautérisée un pinceau trempé dans de l'huile. Il est essentiel aussi, après ces opérations, comme après l'excision de la conjonctive sarcomateuse, de replacer la paupière dans sa situation normale, et de l'y fixer au moyen de bandelettes agglutinatives.

Un grand nombre d'autres procédés opératoires ont été employés pour la guérison de l'ectropion; je n'en citerai que les plus remarquables.

Adams[1] enlève de la paupière renversée un lambeau qui comprend toute l'épaisseur de celle-ci et a la forme d'un V dont la pointe est tournée vers l'orbite, et dont l'ouverture correspond au bord de la paupière; il réunit ensuite les lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée, comme dans l'opération du bec de lièvre. L'effet de cette opération est de rendre le bord de la paupière plus court, et par conséquent plus tendu et moins disposé à se renverser.

Le professeur Walther[2] a employé avec succès un procédé opératoire qu'il a appelé *Tarsoraphie*, et qui est spécialement applicable lorsque l'ectropion pro-

1 Adams, *Practical observations on ectropium or eversion of the eye-lids, etc.* Lond., 1812.

2 Græfe *und* Walther's *Journal der Chirurgie, etc.*, 1826, tom. IX, pag. 86.

vient de la destruction de la commissure externe des paupières, mais qui peut être mis en usage toutes les fois qu'on croira pouvoir remédier à l'ectropion en rendant la fente palpébrale moins longue. Ce procédé consiste à obtenir la cicatrisation de la plaie ou de l'ulcère qui existe à la commissure externe, et à réunir ensemble une petite portion du bord des deux paupières près de cette commissure. Il faut nécessairement, avant de réunir ces parties, en arracher les cils, et transformer les deux bords en plaie saignante, ce qui se fait avec les ciseaux ou le bistouri; on applique ensuite deux ou trois points de suture. Il en résulte qu'après la cicatrisation l'ouverture des paupières est moins grande du côté opéré que du côté sain.

M. Dieffenbach[1] a proposé d'inciser la peau palpébrale parallèlement au bord de l'orbite, de la séparer un peu du cartilage tarse, puis de continuer l'incision en profondeur le long du bord orbitaire du cartilage tarse, jusqu'à ce que la lame du bistouri paraisse entre la paupière et le globe de l'œil; de séparer ensuite le cartilage tarse et la conjonctive qui le tapisse de la conjonctive environnante, excepté du côté du bord de la paupière; de saisir alors avec des pinces le bord libre du tarse, de le tirer dans la

---

1 Rust's *Magazin für die gesammte Heilkunde*, 1830, t. XXX, pag. 438.

plaie et de le fixer aux lèvres de celle-ci au moyen de la suture entortillée. Avant d'appliquer la suture, il est nécessaire de dépouiller de sa surface muqueuse la partie qui doit contracter des adhérences avec les lèvres de la plaie. L'opération étant achevée, on fait des fomentations froides. Ce procédé a été trop rarement pratiqué jusqu'à présent, pour qu'on puisse en déterminer la valeur.

L'ectropion qui est occasioné par des cicatrices à la peau de la paupière, est le plus fâcheux. On a beau inciser ou enlever les cicatrices, puis tirer les deux lèvres de la plaie en sens opposé, faire fortement suppurer la plaie et favoriser le développement des granulations pour obtenir une cicatrice plus large, on ne réussit jamais que momentanément; au bout de peu de temps la cicatrice se contracte de nouveau, et le mal est reproduit, du moins les cas de réussite sont-ils extrêmement rares. C'est ce qui a engagé MM. Fricke[1] et Jüngken[2] à proposer dans ces derniers temps un procédé opératoire qui a de l'analogie avec la rhinoplastie, et qui consiste à transplanter un morceau de peau détaché de la tempe ou de la joue, dans l'ouverture que laissent entre elles les deux lèvres de la plaie après l'excision de la cicatrice,

---

1 J. G. C. Fricke, *Die Bildung neuer Augenlieder (Blepharoplastik)*, etc. Hambourg, 1829.

2 Jüngken, *Die Lehre von den Augenoperationen*, p. IX et 267.

et de l'y fixer au moyen de la suture. L'expérience n'a pas encore prononcé sur la valeur de ce procédé, que M. Fricke a appelé *Blépharoplastie.*

Dans les cas assez fréquens, où l'ectropion est occasioné par une cicatrice adhérente au bord de l'orbite à la suite de la carie de ce bord osseux, le professeur Ammon[1] conseille les deux procédés suivans : 1.° Lorsque la peau est adhérente à la face externe du bord orbitaire, on entoure la cicatrice d'une incision circulaire, au moyen de laquelle on rend libre la peau environnante, et par conséquent la paupière. Après avoir ensuite détaché des parties sous-jacentes la lèvre de la plaie qui correspond au front ou à la joue, selon qu'on opère à la paupière supérieure ou à l'inférieure, on la tire par-dessus la cicatrice qui reste en place, et on la réunit, au moyen de quelques points de suture, à la lèvre de la plaie qui se trouve à la paupière. On tient les paupières fermées jusqu'à ce que la cicatrisation se soit faite complétement. On tâche toujours d'obtenir la réunion immédiate, et de prévenir la suppuration par l'emploi des fomentations froides, des sangsues, etc. M. Ammon n'a exécuté cette opération qu'une seule fois encore, mais avec succès. 2.° Lorsque l'adhérence a lieu au bord même de l'orbite, ce chirurgien propose de détacher de l'os la

---

1 *Zeitschrift für die Ophthalmologie*, 1831, tom. I.er, p. 36.

partie qui y est attachée. Dans ce but il fait au front ou à la joue, suivant la paupière affectée, et à la distance d'un demi-pouce de l'endroit adhérent, une incision à la peau, parallèle au rebord orbitaire et dépassant la cicatrice des deux côtés. Des extrémités de cette incision il fait partir deux autres incisions, qui aboutissent au bord de l'orbite; il dissèque ensuite le lambeau compris entre ces trois incisions, puis détache de l'os la peau adhérente, en ayant soin de ne percer ni la peau ni la conjonctive, et de ne point léser les canaux lacrymaux. Enfin, l'opérateur arrête l'écoulement du sang, absterge la plaie, réunit les lèvres de la plaie par la suture, prévient la suppuration par l'application de sangsues, de fomentations froides, et empêche l'adhérence de se former de nouveau entre les mêmes parties, en tenant, pendant quelques semaines, les paupières fermées et par conséquent suffisamment alongées pour que les parties, précédemment unies, ne soient pas en contact l'une avec l'autre.

Il est probable que les deux procédés de M. Ammon échoueront souvent; car, dans bien des cas, malgré toutes les précautions que nous pourrons prendre, la suppuration s'établira ou l'adhérence se formera de nouveau entre l'os et la partie de la peau qui y était antérieurement attachée. Mais comme ces opérations réussiront certainement dans quelques cas, et que par elles on peut remédier à une difformité

quelquefois très-grande, elles méritent d'être pratiquées. Je ferai remarquer cependant qu'il est inutile de recourir à ces opérations chez les enfans qui portent un ectropion peu considérable; car dans ces circonstances, à mesure que le malade avance en âge, la peau s'alonge, la paupière se relève, et l'ectropion se trouve souvent guéri sans qu'il ait été nécessaire d'employer d'autres remèdes que ceux réclamés par la constitution ordinairement scrophuleuse du sujet.

Dans les cas où le malade ne veut ou ne peut être débarrassé de son ectropion, il fait bien de porter des lunettes vertes garnies de rideaux de soie, afin d'empêcher que l'œil et la conjonctive ne soient trop exposés à l'action des agens extérieurs.

11.° *Lagophthalmie (œil de lièvre).*

L'état des paupières qui fait que, sans cependant être renversées, elles ne peuvent plus recouvrir complétement le globe de l'œil, constitue la lagophthalmie.

On a vu des enfans venir au monde avec des paupières trop courtes; d'autres fois la maladie est due à des cicatrices aux paupières; quelquefois aussi à un spasme du muscle releveur de la paupière supérieure, ou à un relâchement de la paupière inférieure.

L'œil s'enflammera plus ou moins facilement, selon que l'écartement que laissent entre elles les paupières, sera plus ou moins grand, et que par conséquent l'œil sera plus ou moins exposé à l'influence des agens extérieurs.

Le traitement varie suivant les causes de la maladie; lorsque celle-ci provient de cicatrices de la paupière, on agira comme dans l'ectropion produit par la même cause; lorsque c'est un spasme du releveur de la paupière qui occasionne la lagophthalmie, on le combat par les fomentations avec l'infusion de belladone, de jusquiame, de ciguë, les frictions avec les extraits de ces plantes ou les préparations opiacées, les antispasmodiques à l'intérieur; lorsqu'enfin il y a relâchement de la paupière inférieure, on tâche de guérir celui-ci par les frictions spiritueuses et les moyens réclamés par l'état général du malade.

12.° *Anchyloblépharon* (ankyloblepharon, ancyloblepharon, *adhérence des paupières entre elles*).

Maladie assez rare; tantôt congéniale, tantôt acquise; dans ce dernier cas elle est la suite de brûlures ou d'ulcérations du bord des paupières.

Les deux paupières sont rarement réunies ensemble dans toute l'étendue de leur bord; vers l'an-

gle interne, près des points lacrymaux, il existe presque toujours un écartement entre ces bords.

Lorsque l'anchyloblépharon est partiel, la fente palpébrale est quelquefois encore assez étendue pour permettre au malade de se servir de l'œil; lorsque l'anchyloblépharon est complet, mais simple, le malade distingue le jour de la nuit; quand toute perception visuelle est abolie, c'est une preuve que la maladie est compliquée d'amaurose, d'exsudations lymphatiques entre les paupières et le globe de l'œil, de taies sur la cornée. Quelquefois l'anchyloblépharon est compliqué d'adhérence des paupières au globe de l'œil; les mouvemens de l'œil sont alors difficiles et douloureux, les paupières ne glissent pas librement sur la surface de l'œil, et un stylet mousse, introduit sous les paupières dans les cas où l'anchyloblépharon, n'étant pas complet, permet cette introduction, découvre facilement ces adhérences.

On ne guérit l'anchyloblépharon que par l'instrument tranchant. L'opération ne doit cependant être faite que dans les cas où il n'existe point de complication qui, après la guérison de l'anchyloblépharon, empêcherait le malade de voir. Dans les cas où l'adhérence est complète, on fait vers l'angle externe une petite incision qui sépare les deux paupières, puis on agit comme si l'anchyloblépharon n'était que partiel, c'est-à-dire qu'on introduit sous

les paupières la lame d'un bistouri boutonné dont on tourne le dos vers l'œil, et avec lequel on sépare les deux bords des paupières en suivant toujours leur ligne de réunion : on peut aussi se servir d'une sonde cannelée, avec laquelle on guide le bistouri. Pour empêcher qu'après l'opération les paupières ne se réunissent de nouveau, le malade devra tenir les yeux ouverts pendant au moins vingt-quatre heures ; en même temps on rendra le bord des paupières calleux par l'application de médicamens dessiccatifs, surtout d'onguens de tutie préparée ou d'acétate de plomb.

Dans l'anchyloblépharon congénial il est rare qu'on réussisse par cette opération ; la tendance des paupières à se réunir de nouveau est trop grande : on peut alors, après avoir fait l'incision, disséquer la conjonctive dans une certaine étendue, puis, en tirant un peu cette membrane, la faire parvenir jusque sur les lèvres de la plaie, où on la fixe au moyen de quelques points de suture ; de cette manière on pourra réussir à faire cicatriser séparément chacune des lèvres de la plaie avec la conjonctive, et à empêcher que l'ouverture des paupières ne se rétrécisse de nouveau. Ce procédé, analogue à celui employé pour les lèvres par M. Dieffenbach[1], a réussi au

---

1 Dieffenbach, *Erfahrungen über die Wiederherstellung, etc., zerstörter Theile des menschlichen Körpers*, 1822, tom. I.er, pag. 63.

professeur AMMON[1] dans un cas de *phimosis des paupières* (v. cet article).

13.° *Chute de la paupière supérieure (relâchement, atonie, paralysie de la paupière supérieure; blépharoptose, blépharoplégie,* ptosis, lapsus palpebræ superioris, atoniatonblepharon).

L'impossibilité de relever complétement la paupière supérieure sans le secours des doigts, constitue cette maladie, qui provient de la faiblesse ou de la paralysie plus ou moins complète du muscle releveur de la paupière supérieure.

Les inflammations chroniques du bord des paupières, les tumeurs de ces parties, occasionnent la chute de la paupière supérieure, qui, dans ces cas, est souvent compliquée d'un relâchement considérable de la peau palpébrale. Quelquefois la chute de la paupière accompagne l'amaurose; et d'autres fois elle est un symptôme précurseur de l'apoplexie.

La paralysie du releveur de la paupière est assez fréquemment compliquée de celle des muscles droits supérieur, inférieur et interne de l'œil, ce qui donne alors lieu au strabisme et à la vue double.

La chute de la paupière qui accompagne l'amau-

---

1 AMMON's *Zeitschrift*, tom. II, pag. 145.

rose ou précède l'apoplexie, n'exige aucun traitement à part de l'affection principale. Celle qui provient d'une faiblesse ou paralysie idiopathique du muscle releveur, cède quelquefois assez facilement aux frictions spiritueuses plus ou moins irritantes, telles que celles faites avec les huiles essentielles, l'ammoniaque caustique, la teinture de cantharides. Dans les cas plus opiniâtres on emploie les vésicatoires sur la région susorbitaire, les douches, l'électricité, le galvanisme, les cautères appliqués près de l'apophyse mastoïde.

Lorsque la faiblesse du muscle n'est pas bien grande, mais que la chute de la paupière est occasionée ou du moins augmentée par le relâchement de la peau, on enlève un pli de cette peau, comme on le pratique dans l'entropion. La chute de la paupière déterminée par la présence d'une tumeur, exige l'extirpation de celle-ci.

14.° *Spasme des paupières* (*contraction spasmodique des paupières*, blepharospasmus).

Ce spasme consiste, soit dans une contraction continue ou tonique, de manière que les yeux restent fermés aussi long-temps qu'il dure; soit dans des mouvemens convulsifs des paupières, qui se ferment et s'ouvrent alternativement et avec rapi-

dité, ce qui constitue le *clignotement* (*nictitation*, *nictus*, *hippus*).

L'une et l'autre variété sont ordinairement symptomatiques; on les observe principalement dans certaines ophthalmies, après la perte des cils, l'introduction de corps étrangers dans l'œil, dans l'hystérie, l'hypocondrie et autres maladies nerveuses. Le spasme tonique des paupières accompagne surtout l'ophthalmie scrophuleuse, et c'est aussi en traitant de cette dernière, que je parlerai de cette variété du spasme.

Les causes de la contraction spasmodique des paupières étant connues, on tâche de les éloigner, ce qui amène ordinairement la guérison de la maladie. Mais lorqu'on ne découvre pas la cause du spasme, ou qu'il est essentiel de le faire disparaître le plus tôt possible, comme il arrive quelquefois lorsqu'il s'agit d'examiner un œil malade dont les paupières sont spasmodiquement fermées, on emploie les vésicatoires, les sinapismes, les frictions ou l'emplâtre stibiés, les fomentations ou les cataplasmes narcotiques, préparés avec de la ciguë, de la jusquiame, de la belladone; l'instillation de solutions d'extraits de ces plantes, les frictions opiacées. On donne des lavemens antispasmodiques d'*asa fœtida*, de valériane; on administre également ces moyens à l'intérieur: on a même proposé de guérir le clignotement par la section du nerf frontal et de

la branche sous-orbitaire du nerf maxillaire supérieur. Mais la maladie est trop peu grave pour qu'on doive recourir à une opération dont l'issue est d'ailleurs incertaine.

15.° *Épicanthus.*

Cette maladie congéniale, d'abord décrite par M. AMMON[1], consiste dans un pli que forme la peau des deux côtés de la racine du nez; pli qui s'étend de la paupière supérieure à l'inférieure, recouvre la caroncule lacrymale et la partie interne du globe de l'œil, empêche les paupières de s'ouvrir complétement, gêne par conséquent la vue, et donne à la physionomie une ressemblance avec celle des Kalmoucks.

Une simple incision de ce repli cutané ne guérit le malade que momentanément; le mal se reproduit. M. AMMON a réussi à guérir l'épicanthus en faisant à la racine du nez un pli longitudinal à la peau, suffisant pour effacer les deux plis qui recouvraient les grands angles des yeux; en excisant ensuite ce pli, et en réunissant les deux lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée et de bandelettes agglutinatives. Au bout de quelques jours le malade fut guéri, ne portant qu'une cicatrice linéaire à la racine

---

1 AMMON'S *Zeitschrift*, tom. I.er, p. 533; et tom. II, p. 120.

du nez. M. AMMON appelle cette opération *Rhinoraphie.*

16.° *Phimosis des paupières.*

Le professeur AMMON[1] a appelé ainsi le rétrécissement congénial de l'ouverture des paupières, et celui qui se forme à la suite de l'atrophie du globe de l'œil; et il applique également ce nom à la situation trop profonde des paupières chez les nouveau nés très-gras, chez lesquels les parties environnantes de l'œil sont très-saillantes et recouvrent en partie les paupières, ce qu'on voit aussi quelquefois, par suite du gonflement, au commencement de l'ophthalmie des nouveau nés.

La première espèce peut être rapportée à l'anchyloblépharon congénial, et doit être opérée comme lui; car, tant que dure ce rétrécissement de l'ouverture palpébrale, le malade est tourmenté de clignotement, et exposé à des ophthalmies répétées et à l'entropion. Des autres espèces de phimosis des paupières l'une est incurable, et l'autre se dissipe en même temps que les causes qui l'ont produite cessent d'agir.

---

1 HECKER's *litterarische Annalen der gesammten Heilkunde*, tom. XIII, pag. 83.—AMMON's *Zeitschrift*, tom. II, pag. 140.

17.° *Phthiriasis des cils et des sourcils.*

Chez les gens malpropres on observe quelquefois dans les sourcils et entre les cils des poux, qui donnent lieu à une vive démangeaison et à de l'irritation dans les paupières et la conjonctive. On en débarrasse les malades par les lotions avec de l'eau de savon, les bains, les frictions avec l'onguent mercuriel.

18.° *Blessures des paupières.*

Contusions. Elles sont très-fréquentes et ordinairement accompagnées d'*ecchymoses.* Lorsque l'épanchement de sang est peu considérable, qu'il n'y a pas de signes d'inflammation, l'ecchymose se dissipe dans l'espace de quelques jours : on accélère la résorption du sang épanché par des fomentations spiritueuses, avec du vin ou des infusions aromatiques. Quand les paupières ont été plus violemment froissées, que l'ecchymose est considérable, l'inflammation s'ensuit et doit être combattue par les moyens indiqués à l'article *Inflammation phlegmoneuse des paupières.*

Brûlures. Les brûlures des paupières ne diffèrent point de celles des autres parties du corps, et doivent être traitées de même; seulement, eu égard à l'importance de ces voiles membraneux, doit-on veiller avec plus de soin que pour d'autres parties

à la cicatrisation des plaies faites par les brûlures. Lorsqu'une telle plaie occupe le bord des deux paupières d'un œil, il arrive facilement que les deux bords contractent ensemble des adhérences, ce qui constitue l'anchyloblépharon, dont j'ai parlé plus haut. Pour empêcher ces adhérences de se faire, on conseille au malade de ne pas tenir les yeux fermés pendant long-temps; on interrompt même le sommeil du malade, afin que les paupières ne restent pas trop long-temps rapprochées; enfin, on hâte la cicatrisation des ulcères par des lotions avec l'eau de Goulard, ou par l'application de pommades préparées avec la tutie ou l'acétate de plomb.

Après la guérison de ces brûlures il peut arriver que les cils ne repoussent plus, ou que ceux qui reviennent prennent une direction vicieuse, ou, enfin, que les points lacrymaux se trouvent fermés, si la brûlure les a frappés. Ce sont des circonstances auxquelles il faudra avoir égard dans le pronostic qu'on portera de ces lésions.

Lorsque la brûlure intéresse la face externe ou la face interne de la paupière, le médecin devra se rappeler la tendance de ces plaies à former des cicatrices trop courtes et difformes, d'où peuvent résulter le renversement en dedans ou en dehors de la paupière et la lagophthalmie. Pour empêcher ce raccourcissement de la paupière, on tâche d'obtenir une cicatrice très-large, et à cet effet on tire les deux

lèvres de la plaie en sens opposés, la supérieure vers en haut et l'inférieure vers en bas, au moyen de bandelettes agglutinatives qu'on fixe à la joue et au front. On favorise, lorsque la plaie est située à la face externe, le développement des granulations par l'application d'onguens stimulans, et on ne laisse cicatriser l'ulcère que lorsque les granulations sont un peu élevées au-dessus du niveau de la peau. Lorsque la brûlure affecte la face interne de la paupière, on ne peut que combattre l'inflammation, et tenir la paupière alongée au moyen de bandelettes agglutinatives.

Ce que je viens de dire concernant les soins à prendre pour bien diriger la cicatrisation des plaies faites par les brûlures, s'applique également aux *plaies contuses des paupières.*

Quant aux *plaies des paupières par instrumens tranchans*, elles peuvent être superficielles ou pénétrantes. Plus elles sont étendues ou profondes, plus elles sont graves : celles qui intéressent les points ou les conduits lacrymaux, sont suivies de l'oblitération de ces parties. Lorsque le cartilage tarse est entamé, la plaie guérit moins vite que lorsqu'elle est bornée à la peau, au tissu cellulaire et aux muscles. Dans toute plaie des paupières il est essentiel de prévenir la suppuration, qui est souvent suivie de cicatrices difformes ou de raccourcissement de la paupière : à cet effet on réunit les lèvres

de la plaie par des bandelettes agglutinatives lorsque la lésion est superficielle, et par la suture aidée de bandelettes agglutinatives lorsqu'elle est plus étendue et plus profonde.

Les plaies qui intéressent toute l'épaisseur de la paupière sont parallèles au bord de la paupière, ou verticales, ou obliques; je ne parlerai pas de ces dernières, elles peuvent être rangées sous l'une ou l'autre des classes précédentes, selon qu'elles se rapprochent de la direction horizontale ou de la verticale. Les plaies pénétrantes horizontales, lorsqu'elles sont peu étendues, peuvent être guéries par le rapprochement des lèvres de la plaie, au moyen de bandelettes agglutinatives ou de taffetas gommé; mais lorsqu'elles sont plus étendues, il vaut mieux recourir à la suture. La suture simple suffit, aidée de bandelettes agglutinatives.

Les plaies pénétrantes verticales doivent toujours être réunies par la suture, et de préférence par la suture entortillée. On a appelé *coloboma de la paupière*, une division de cette dernière en deux parties latérales: cette division peut même être congéniale, et elle constitue alors un vice de conformation analogue au bec de lièvre. Lorsque cette division est fraîchement faite, on rapproche les lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée, on applique la première aiguille au bord de la paupière, en ayant soin d'embrasser les parties extérieures dans une plus

grande étendue que les parties intérieures, afin de ne pas occasioner le renversement de la paupière en dedans. Le nombre des points de suture dépend de l'étendue de la division; ordinairement on en applique un à trois. Lorsqu'on a négligé de réunir la plaie, ses lèvres se cicatrisent séparément; dans ces cas, et dans ceux où la division est congéniale, on est obligé, avant de réunir la plaie, de rafraîchir ses bords, de les rendre saignans, ce qu'on fait avec les ciseaux ou le bistouri. La même opération est nécessaire quand les bords de la plaie sont inégaux. On soutient toujours l'action de la suture par des bandelettes agglutinatives, appliquées entre les différens points, et par le repos de la paupière, lequel est également maintenu par des bandelettes agglutinatives, qui passent du front à la joue. Quant au reste du traitement, il consiste dans l'emploi des fomentations froides et des antiphlogistiques plus ou moins énergiques, suivant la gravité des cas.

Les plaies des paupières, avec perte de substance, sont les plus fâcheuses. Pour empêcher l'ectropion ou la lagophthalmie, qui souvent alors sont presque inévitables, on pourrait peut-être recourir à la blépharoplastie ou formation d'une nouvelle paupière, au moyen de la peau prise à la joue, aux tempes ou au front.

J'ajouterai à ce que je viens de dire des plaies des paupières, quelques mots sur celles des *sour-*

cils, qui ne présentent que peu de particularités. La plus remarquable consiste dans l'affaiblissement de la vue ou même la cécité complète, qui se manifeste quelquefois pendant l'existence de la plaie ou après sa cicatrisation. Cet accident dépend de la lésion du nerf susorbitaire, ou de son tiraillement par la cicatrice; pour le combattre, on fait la section complète du nerf lésé; et si la cicatrice se trouve déjà formée, on l'incise conjointement avec le nerf, et on entretient la suppuration pendant quelque temps. A la suite de cette opération la vue se rétablit souvent assez vite; quelquefois cependant la cécité persiste.

Les plaies profondes des sourcils doivent être réunies de préférence par la suture; elles guérissent alors plus vite, et laissent après elles une cicatrice moins apparente que lorsqu'on néglige ce moyen de réunion.

Dans les opérations qu'on pratique sur ces parties, il faut éviter autant que possible de raser les sourcils, parce que ces poils ne se reproduisent que très-lentement.

CHAPITRE IV.

MALADIES DU GLOBE DE L'ŒIL.

SECTION PREMIÈRE.

DES OPHTHALMIES OU INFLAMMATIONS DE L'ŒIL.

α. Des ophthalmies en général.

L'ophthalmie est l'inflammation d'une ou de plusieurs des parties dont le globe de l'œil est composé. Cette maladie, la plus fréquente de toutes celles qui affectent l'organe de la vision, se manifeste tantôt simultanément sur les deux yeux, tantôt, au contraire, sur un œil seulement, mais conserve alors une grande tendance à passer de cet œil à celui du côté opposé.

L'ophthalmie présente une infinité de variétés, ce qui est dû à la structure compliquée de l'œil, dans la composition duquel entrent presque tous les tissus du corps humain. Si ces variétés n'avaient aucune importance pratique, les auteurs qui les confondent toutes sous le nom d'*ophthalmie*, seraient excusables; cependant comme elles diffèrent entre elles non-seulement par leurs symptômes, mais aussi par le traitement qu'elles réclament, il est très-essentiel pour le praticien de savoir les distinguer. Aussi la plupart des ophthalmologistes modernes décrivent-

ils en particulier chacune de ces nombreuses variétés; et pour en faciliter la description et les mieux graver dans la mémoire, on les a distribuées dans différentes classes, ou bien on les a rangées dans un certain ordre, suivant leur plus ou moins d'analogie, ou suivant tel ou tel système médical. Je ne m'arrêterai pas à examiner toutes ces classifications; je me bornerai à parler de celles qui sont d'une utilité réelle pour le médecin praticien.

On a divisé les ophthalmies, comme toutes les autres inflammations, en *aiguës* et *chroniques*. Cette division est d'une grande importance dans la pratique, seulement ne faut-il pas entendre par ophthalmies aiguës toutes celles qui sont récentes, et par ophthalmies chroniques celles qui durent depuis long-temps : il y a des ophthalmies qui conservent le caractère aigu pendant très-longtemps; il y en a d'autres qui sont chroniques dès le commencement; aussi vaudrait-il mieux remplacer ces mots d'aiguës et chroniques par ceux plus significatifs d'*actives* et *passives;* j'emploie les premiers pour me servir du langage reçu. Presque toutes les variétés de l'ophthalmie, que je décrirai plus bas, peuvent être aiguës et chroniques; les ophthalmies chroniques sont même le plus souvent la suite des aiguës, et il n'est pas non plus très-rare de voir, par l'effet d'influences extérieures nuisibles, les ophthalmies chroniques passer de nouveau à l'état aigu. Du

reste, ces deux espèces d'ophthalmies se distinguent l'une de l'autre par les mêmes caractères qui, dans les autres organes, distinguent l'inflammation aiguë de la chronique : ainsi dans les ophthalmies aiguës nous observons une plus grande intensité des symptômes inflammatoires, une marche plus rapide de la maladie, qui est souvent accompagnée d'un mouvement fébrile; tandis que les ophthalmies chroniques suivent une marche lente, et n'occasionnent que peu de douleur et point de fièvre.

Quelques auteurs ont adopté, pour l'exposition des ophthalmies, l'ordre anatomique, en décrivant à part l'inflammation de chaque partie qui entre dans la composition du globe de l'œil. Cet ordre, d'après lequel, comme on le verra plus bas, on peut établir de bonnes subdivisions, ne pourra servir de base solide aux divisions principales des ophthalmies qu'une fois que l'inflammation sera mieux définie, et que ce mot ne servira plus à désigner une foule d'états morbides qui diffèrent entre eux autant probablement par leur nature intime, que par le traitement qu'ils réclament.

Aussi long-temps que ce vague existera, nous ne pourrons mieux faire que de prendre pour base de nos divisions ce que l'expérience nous a appris relativement à la nature des ophthalmies, de rapprocher par conséquent celles dont la nature intime paraît être identique, lors même que leurs symptô-

mes locaux extérieurs seraient différens. Sous ce point de vue, qui est sans contredit le plus pratique, les inflammations de l'œil se divisent en deux grandes classes : les *ophthalmies idiopathiques* ou *phlegmoneuses*, et les *ophthalmies spécifiques*. Les premières, qui sont des inflammations franches de l'œil, affectent des individus le plus souvent sains ou du moins exempts de maladies constitutionnelles, suivent une marche indépendante, et sont produites par des causes qui, pour la plupart, peuvent également occasioner l'inflammation dans d'autres organes. Les ophthalmies spécifiques, au contraire, sont occasionées par des matières spécifiques appliquées à l'œil, ou par une constitution particulière de l'atmosphère, ou par une maladie constitutionnelle, sous le poids de laquelle se trouve l'individu; toutes causes qui donnent à l'ophthalmie une marche et un caractère extérieur particuliers. Quelques auteurs ont appelé ces ophthalmies *sympathiques;* j'ai préféré le terme de *spécifique*, parce que j'ai voulu réunir sous une seule dénomination des ophthalmies qui ne sont pas toutes sympathiques, dans l'acception véritable de ce mot, mais qui présentent toutes quelque chose de spécifique et qui les distingue des inflammations franches ou idiopathiques du globe de l'œil.

Je consacrerai un chapitre particulier à chacune de ces deux classes d'ophthalmies.

Ph. F. Walther, *Abhandlungen aus dem Gebiete der practischen Medicin, besonders der Chirurgie und Augenheilkunde. Landshut*, 1810, p. 357.

T. W. G. Benedict, *De morbis oculi humani inflammatoriis. Lips.*, 1811.

T. W. G. Benedict, *Handbuch über die Erkenntniss und Heilung der Augenentzündungen*, 2te *Aufl.*, *Leipzig*, 1814.

K. H. Dzondi, *Æsculap. Neue Folge*, 1832, tom. I.er, pag. 37.

β. Des ophthalmies idiopathiques ou phlegmoneuses.

L'ophthalmie idiopathique est, comme je l'ai dit dans le précédent article, l'inflammation franche, non modifiée et non compliquée, d'une ou de plusieurs parties du globe de l'œil. Cette inflammation idiopathique présente les caractères les plus variés, selon qu'elle affecte telle ou telle membrane de l'œil; on est donc obligé d'exposer les symptômes par lesquels l'inflammation se manifeste dans les différens tissus du globe oculaire, de traiter par conséquent de l'inflammation de chacune de ces parties spécialement, puis de parler des différentes variétés de l'ophthalmie, qui résultent de l'inflammation de plusieurs des tuniques à la fois. Comme cependant les causes des ophthalmies idiopathiques sont à peu près toujours les mêmes, et que le traitement des différentes variétés présente beaucoup d'analogie, j'ai

préféré, pour éviter des répétitions fastidieuses, traiter en une fois de l'étiologie des ophthalmies idiopathiques, et exposer sur le traitement de ces maladies quelques considérations générales, dont je supposerai la connaissance quand je parlerai du traitement de chacune des variétés en particulier.

Les causes des ophthalmies idiopathiques sont : les violences extérieures, les contusions, les blessures, les brûlures de l'œil, les corps étrangers engagés sous les paupières, les cils dirigés vers le globe de l'œil, le séjour dans un air chargé d'émanations irritantes ou de poussière (de là l'ophthalmie des vidangeurs ou *mitte*, et des batteurs de plâtre), l'exposition continuelle de l'œil à l'influence de l'air et de la lumière, par l'impossibilité de fermer complétement les paupières dans la lagophthalmie et l'ectropion, l'application subite à l'œil d'un corps très-froid ou d'un courant d'air froid, l'exercice trop prolongé de l'organe, surtout à des choses minutieuses, à des observations microscopiques par exemple, une clarté très-vive qui frappe l'œil, un refroidissement subit, la suppression d'un exutoire, d'un exanthème ou d'un flux habituels.

Le traitement des ophthalmies idiopathiques varie suivant que l'inflammation est aiguë ou chronique. Dans le premier cas on emploie le traitement antiphlogistique, dans le second on se sert de moyens plus ou moins excitans.

Les principaux antiphlogistiques employés dans ces maladies, sont la soustraction de la lumière et des alimens, le repos de l'organe, les boissons aqueuses ou nitrées, les évacuations sanguines, les fomentations froides ou émollientes, les cataplasmes émolliens, les dérivatifs.

La lumière occasionant toujours plus ou moins de douleur aux individus affectés d'ophthalmie aiguë, ceux-ci n'ont d'ordinaire rien de plus empressé que de se bander les yeux; cependant il est certain que, par la manière dont on bande généralement les yeux, on fait plus de mal que de bien: car non-seulement on soustrait la lumière, mais on empêche aussi l'accès de l'air; il en résulte que la chaleur de l'organe et souvent aussi l'inflammation augmentent, et que, lorsque cette dernière se dissipe enfin, l'œil, habitué à une obscurité complète, est tellement sensible, qu'il n'apprend que lentement à supporter la lumière, et ne peut reprendre ses fonctions qu'au bout d'un temps quelquefois considérable. Pour éviter ces inconvéniens, on modère la lumière, sans priver l'œil de l'influence de l'air. Lorsque l'inflammation est très-aiguë et que la moindre clarté cause des douleurs très-vives, la chambre peut être obscurcie complétement; mais on revient à une obscurité moins profonde aussitôt que la maladie commence à diminuer, et on admet le jour de plus en plus, à mesure que l'in-

flammation se dissipe. Dans les cas où l'ophthalmie est moins intense, il est inutile d'obscurcir la chambre; on se borne alors à placer devant l'œil malade un linge ou une compresse d'une couleur foncée, qu'on fixe au front en l'attachant soit au bonnet de nuit du malade, soit à un ruban ou à une bande qu'on passe autour de la tête; enfin, il suffit souvent de garantir l'œil au moyen d'un garde-vue vert.

La diète et les boissons aqueuses et nitrées sont nécessaires dans les ophthalmies très-aiguës; on n'en a pas besoin dans les ophthalmies légères.

Le repos de l'organe est surtout indispensable dans l'inflammation des parties qui sont actives dans la vision, l'iris et la rétine.

De tous les moyens par lesquels on combat les ophthalmies idiopathiques aiguës, le plus utile est la saignée, soit générale, soit locale; mais il n'est pas indifférent laquelle des deux on emploie. Pour peu que l'ophthalmie soit intense, la saignée générale mérite de beaucoup la préférence sur la saignée locale. La première se pratique généralement au bras; on peut la faire au pied dans les cas où l'ophthalmie provient de la suppression des règles : quant à la saignée de la jugulaire, je la crois bien moins efficace que l'artériotomie, à laquelle cependant on n'a guères recours que dans les cas d'ophthalmies très-intenses. La saignée locale s'emploie conjointement avec la

saignée générale dans les ophthalmies intenses; elle est employée seule lorsque l'inflammation est moins grave : on la fait au moyen de ventouses scarifiées ou de sangsues. Les premières, qui sont trop rarement employées, s'appliquent à la nuque ou aux tempes; les sangsues à celles-ci et derrière les oreilles. L'application des sangsues autour de l'œil et à la conjonctive dans les ophthalmies aiguës augmente l'afflux du sang vers l'organe malade, et fait souvent plus de mal que de bien.

Les applications de glace ou de compresses trempées dans de l'eau froide, sont d'un grand secours dans les ophthalmies idiopathiques aiguës, surtout au début de la maladie; on doit en abandonner l'usage aussitôt qu'elles commencent à être désagréables au malade, ou que la suppuration se manifeste : dans ces cas on les remplace par des fomentations tièdes émollientes, les décoctions de mauve, de guimauve, etc. On ne se sert pas souvent de cataplasmes dans les maladies du globe de l'œil lui-même, parce que cet organe est incommodé par le poids de cette espèce de médicament.

Une dernière série de moyens, qu'il ne faut pas négliger dans le traitement des ophthalmies idiopathiques aiguës, c'est celle des dérivatifs. La dérivation se fait sur la peau au moyen des rubéfians, ou sur le canal intestinal par les laxatifs. Parmi ces moyens on choisit toujours les plus doux, afin de

ne pas faire naître une irritation générale du système vasculaire, qui réagirait d'une manière fâcheuse sur l'inflammation de l'œil. Les sinapismes employés comme rubéfians et appliqués loin de l'organe malade, les pédiluves sinapisés; à l'intérieur le calomel et les sels neutres, sont les moyens dont on se sert avec le plus d'avantage, soit qu'on les emploie seuls, ce qui ne se fait que dans les ophthalmies peu intenses, soit qu'on les combine avec quelqu'autre moyen déjà indiqué.

Le traitement des ophthalmies idiopathiques chroniques est à peu près l'opposé de celui des ophthalmies aiguës. Les évacuations sanguines générales ne sont plus indiquées; les locales servent encore quelquefois, mais on les fait sur la partie malade elle-même, et dans la vue de dégorger les vaisseaux et d'exciter leur contractilité. C'est pour produire cet effet qu'on applique une sangsue sur la conjonctive affectée d'inflammation chronique, ou qu'on scarifie cette membrane.

Les moyens le plus généralement utiles dans les ophthalmies chroniques, sont les substances astringentes ou excitantes, portées sur l'œil lui-même en poudre, en solution, ou sous forme d'onguens. Les principaux de ces médicamens sont l'acétate de plomb, la tutie, le sulfate de zinc, l'alun, la pierre divine, le calomélas, le sublimé corrosif, les précipités rouge et blanc de mercure, le nitrate de mer-

cure, la pierre infernale, le sulfate de cuivre, les teintures d'opium (voyez, pour la manière d'employer ces médicamens et pour leurs doses, les *Considérations sur les médicamens ophthalmiques*, à la fin de l'ouvrage). On choisit parmi ces substances celle qui paraît le mieux en rapport avec la nature et le degré de la maladie, en commençant toujours par des préparations et des doses plutôt trop faibles que trop fortes.

Un moyen très-utile dans les ophthalmies chroniques, c'est l'application à l'œil de la chaleur sèche simple ou aromatique, au moyen de compresses chauffées ou de sachets préparés avec du son, ou mieux encore avec des fleurs de sureau et de camomille, auxquelles on ajoute quelques grains de camphre, ou qu'on frotte avec cette substance quand on veut rendre le moyen plus énergique.

Les révulsifs sont indiqués dans toutes les ophthalmies chroniques un peu intenses, mais surtout dans celles qui s'accompagnent d'une sécrétion trop abondante ou anormale dans quelque partie du globe de l'œil. Ceux qu'on choisit de préférence sont les vésicatoires, les sinapismes, l'onguent et l'emplâtre stibiés; on n'a recours aux exutoires et aux sétons que dans les cas où les premiers sont restés sans effet.

Lorsque l'ophthalmie donne lieu à des exsudations, on emploie, outre les moyens déjà indiqués,

les mercuriaux; à l'intérieur le calomel, et extérieurement des frictions autour de l'orbite avec l'onguent mercuriel.

Il arrive très-souvent que les ophthalmies chroniques sont accompagnées d'une exaltation de la sensibilité nerveuse de l'œil, qui cède d'ordinaire à l'usage des narcotiques; c'est ce qui explique la grande utilité des teintures d'opium, qui sont à la fois stimulantes et narcotiques, et possèdent par conséquent les deux propriétés dont on a le plus souvent besoin dans le traitement des ophthalmies chroniques. Les teintures d'opium sont appliquées à l'œil, soit pures au moyen d'un pinceau, soit étendues dans une eau distillée. L'opium en substance sert aussi à combattre cette sensibilité exaltée et les douleurs violentes qui accompagnent quelquefois les ophthalmies : on l'emploie en poudre, qu'on réduit en pâte au moyen d'un peu d'eau ou de salive, et on en fait des frictions dans la région sus-orbitaire.

Enfin, les ophthalmies chroniques exigent de la part du malade un régime beaucoup moins sévère que les ophthalmies aiguës. L'œil supporte aussi bien mieux la lumière; et si même elle lui était désagréable, il ne faudrait pas l'en priver complétement, et se borner à la modérer.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des ophthalmies idiopathiques aiguës et chroniques; mais il y a entre

ces deux espèces d'inflammations des états intermédiaires, qui servent de passage de l'une à l'autre, et réclament dans le traitement des modifications. Ces variétés méritent toute l'attention du praticien, mais ne peuvent être décrites.

A la suite des ophthalmies l'œil reste quelquefois faible et très-sensible pendant un temps plus ou moins long. Cet état exige l'observation des règles de l'hygiène oculaire; le malade ne devra pas fatiguer ses yeux, surtout à la lumière artificielle; il devra éviter les excès dans le régime, les veillées, les indigestions, le séjour dans un air vicié; et il fera usage d'un collyre avec de l'eau de laurier-cerise ou de l'eau distillée d'opium. Si ce moyen ne suffisait pas, on y joindrait ou même on emploierait seule la douche dirigée sur l'œil, et pour laquelle on se sert d'une seringue ou mieux encore d'un appareil très-simple, imaginé par le professeur Jüngken[1], de Berlin, et qui consiste dans un tube à baromètre dont l'extrémité supérieure ouverte est recourbée en forme de syphon dans la longueur de six pouces, tandis que l'extrémité inférieure, effilée de manière à n'avoir qu'une ouverture presque capillaire, n'est recourbée que dans la longueur de deux pouces. Pour se servir de cet appareil, on plonge l'extrémité supérieure du tube dans un vase contenant de

1 Jüngken, *Lehre von den Augenkrankheiten*, pag. 117.

l'eau, soit simple, soit ferrugineuse; puis on aspire par l'extrémité inférieure capillaire, jusqu'à ce que le syphon entre en jeu, et que l'eau sorte en jet par l'ouverture capillaire ; après quoi le malade tient l'œil fermé sur ce jet à une distance plus ou moins considérable, suivant le degré d'intensité qu'on veut obtenir. On emploie communément cette douche deux fois par jour pendant un quart d'heure.

1.° *Inflammation idiopathique de la conjonctive* (*conjonctivite idiopathique*).

De toutes les parties de l'œil la conjonctive, en raison de sa situation superficielle et de son exposition à l'action immédiate des agens extérieurs, est celle qui s'enflamme le plus facilement. Son inflammation est si fréquente et accompagne si souvent celle des autres parties du globe de l'œil, que plusieurs auteurs n'ont décrit sous le nom d'ophthalmie que l'inflammation simple ou compliquée de la conjonctive.

Cette maladie peut s'étendre à toute la tunique, ou n'intéresser que sa portion palpébrale ou sa portion oculaire, ou même se borner à la partie de la conjonctive qui tapisse l'un ou l'autre des angles de l'œil; cette dernière variété a reçu le nom de *canthitis* ou *ophthalmie angulaire* par quelques auteurs. Le feuillet de la conjonctive qui recouvre

la cornée, n'est que rarement affecté par l'inflammation idiopathique.

L'inflammation de la conjonctive se manifeste d'abord par la rougeur de cette membrane; quelques-uns de ses vaisseaux, fortement distendus par le sang, produisent, lors des mouvemens de l'œil et des paupières, un frottement qui occasionne au malade la sensation d'un grain de sable engagé sous les paupières. La sécrétion muqueuse de la conjonctive et la sécrétion lacrymale sont augmentées. Le malade n'est que légèrement incommodé par la lumière; il n'a ni fièvre, ni céphalalgie. Mais si l'inflammation augmente, la conjonctive devient sèche, d'un rouge intense, se tuméfie et forme autour de la cornée un bourrelet circulaire, qui couvre même le bord de cette dernière, la fait paraître plus petite et située dans une excavation. Arrivée à ce degré qui constitue le *chémosis* des auteurs, l'inflammation de la conjonctive s'accompagne toujours de douleurs dans l'œil, augmentées par les mouvemens de cet organe et des paupières, de photophobie, de céphalalgie, de fièvre et de l'inflammation de la sclérotique et de la cornée.

L'inflammation de la cornée se termine ou par résolution, ce qui arrive le plus fréquemment, ou par suppuration; ou bien elle passe à l'état chronique. Elle peut aussi prendre un caractère particulier, caractérisé par une sécrétion très-abondante

de mucosités purulentes et un boursoufflement considérable de la conjonctive : dans ces cas la maladie a été appelée *ophthalmie purulente*, *blennophthalmie*, *blennorrhée de l'œil*, *ophthalmoblennorrhée;* mais comme ce caractère est propre à quelques ophthalmies spécifiques et ne se rencontre que très-rarement dans les ophthalmies idiopathiques, j'en traiterai plus au long à l'article *Ophthalmie catarrhale.*

La suppuration se manifeste ordinairement dans la conjonctive par des points jaunâtres, qui se développent surtout dans la partie de cette membrane qui recouvre la sclérotique; ces points sont autant de petits abcès qui s'ouvrent d'eux-mêmes et guérissent assez facilement après. Quelquefois, au lieu d'abcès, ce sont des phlyctènes, qui se manifestent surtout vers le bord de la cornée, et qui, en s'ouvrant, donnent lieu à des ulcères ordinairement superficiels, mais qui peuvent aussi entamer la sclérotique et donner naissance au staphylome de cette tunique, et à des fongosités de la conjonctive. Quelques auteurs ont donné à cette inflammation de la conjonctive avec développement de pustules ou de phlyctènes, les noms d'*ophthalmie pustulaire*, de *conjonctivite furonculaire*, de *furoncle de la conjonctive:*

Lorsque l'inflammation de la conjonctive passe à l'état chronique, la rougeur devient moins vive,

ainsi que la douleur ; la tuméfaction diminue également, et la fièvre disparaît. Les vaisseaux sanguins de la conjonctive deviennent variqueux, s'étendent quelquefois par-dessus le bord de la cornée, et recouvrent même cette membrane d'un réseau vasculaire qu'on a nommé *pannus*, ce qui cependant n'arrive que rarement à la suite de l'inflammation idiopathique de la conjonctive, mais se voit plus fréquemment dans les ophthalmies scrophuleuses. La sécrétion muqueuse est augmentée, et l'inflammation affectant presque toujours aussi les glandes de Meibomius, les bords des paupières se collent ensemble pendant la nuit. Dans le plus grand nombre des cas la vue n'est pas troublée par l'inflammation chronique de la conjonctive, et les malades ne sentent qu'un peu de chaleur à l'œil, surtout après les repas : quelquefois aussi ils se plaignent de démangeaisons à l'œil ; cet organe se fatigue plus facilement que de coutume, et le soir la paupière supérieure paraît lourde. Beaucoup de ces malades ferment fortement les paupières de temps à autre, et se trouvent soulagés après. Cette inflammation chronique de la conjonctive est habituelle chez beaucoup d'individus, et reste ordinairement dans le même état pendant des années entières ou pendant toute la vie ; elle est très-rebelle, et résiste quelquefois à tous les moyens qu'on emploie pour la combattre.

Traitement. L'inflammation aiguë de la conjonctive est combattue au commencement, suivant son intensité, par les évacuations sanguines, les applications froides, les laxatifs, les pédiluves sinapisés. Lorsque l'inflammation est très-intense, quelques auteurs recommandent, pour obtenir une évacuation sanguine locale, de faire des scarifications à la conjonctive avec la lancette, un couteau à cataracte ou des instrumens particuliers inventés pour cet usage, et appelés *ophthalmoxystres ;* mais l'irritation produite par ces incisions contrebalance l'effet salutaire que pourrait produire l'écoulement de sang peu abondant qui en résulte. Il vaut mieux, dans ces cas, exciser une grande partie du bourrelet que forme autour de la cornée la conjonctive boursoufflée, favoriser l'écoulement du sang par des vapeurs aqueuses et émollientes, dirigées sur l'œil, puis faire des fomentations froides. Les applications sont remplacées par des fomentations émollientes dans tous les cas où l'inflammation de la conjonctive se termine par suppuration. Les petits abcès qui se manifestent quelquefois dans cette membrane, s'ouvrent d'eux-mêmes; s'ils tardent trop, une petite incision avec une aiguille à cataracte procurera une issue au pus. Il faudra alors passer à des applications légèrement stimulantes, telles que des solutions de sulfate de zinc, d'acétate de plomb, ou, ce que je préfère encore, un demi-gros à un gros de lauda-

num liquide de Sydenham, étendu dans trois onces d'eau distillée. Si les ulcères de la conjonctive tardaient à se cicatriser, on les toucherait tous les jours avec un pinceau trempé dans du laudanum.

Quand l'inflammation a passé à l'état chronique, on la combat par les moyens énumérés dans les généralités sur les ophthalmies. Je n'indique point ici le traitement du pannus, cette maladie devant faire le sujet d'un article spécial.

2.° *Inflammation idiopathique de la sclérotique (sclérotite idiopathique).*

Symptômes. Rougeur pâle, formée par un réseau capillaire très-fin dans la sclérotique; sentiment de pression dans le globe de l'œil; douleurs qui s'étendent de l'œil au front, à la tempe et à tout le côté de la tête; les mouvemens du globe de l'œil sont douloureux; l'œil fuit la lumière. L'inflammation ne reste pas long-temps bornée à la sclérotique; elle s'étend bientôt à la conjonctive, à la cornée et même aux autres parties du globe de l'œil.

L'inflammation de la sclérotique se distingue de celle de la conjonctive, par la rougeur moins intense et située plus profondément, par les douleurs plus fortes et qui sont augmentées par les mouvemens du globe de l'œil, et non par ceux des paupières. Dans l'inflammation de la conjonctive la rougeur

est foncée, il y a des vaisseaux variqueux, situés superficiellement; on voit ces vaisseaux changer de place, par rapport au globe de l'œil dans les mouvemens de cet organe et dans ceux des paupières, tandis que dans l'inflammation de la sclérotique la rougeur ne change pas sa place relativement au globe de l'œil; on voit aussi les vaisseaux injectés de la conjonctive passer par-dessus la rougeur de la sclérotique.

Le traitement de cette inflammation est celui indiqué pour les ophthalmies idiopathiques en général. Cependant dans cette maladie, comme généralement dans toute inflammation du tissu fibreux, l'application de la chaleur sèche et les frictions mercurielles conviennent à une période moins avancée que dans d'autres ophthalmies. La grande sensibilité de l'œil que l'inflammation de la sclérotique laisse après elle, persiste quelquefois assez long-temps, et ne cède qu'aux applications de compresses ou de sachets chauffés, aidées des soins hygiéniques.

3.° *Inflammation idiopathique de la cornée* (*cornéite, cératite, kératite, cératoméningite,* keratoiditis).

Cette inflammation a pour caractère principal une teinte particulière de la cornée; cette membrane a d'abord un aspect mat, et paraît comme couverte de

poussière; peu à peu elle prend une teinte rosée, et si l'inflammation ne s'arrête pas, il se forme un ou plusieurs points blanchâtres qui s'élèvent de plus en plus, et ne sont autre chose que de petits abcès, autour desquels on voit les vaisseaux sanguins injectés. Ces abcès ou pustules s'ouvrent ou bien a l'extérieur, et forment ainsi des *ulcères de la cornée;* ou à l'intérieur, et alors l'épanchement du pus dans la chambre antérieure constitue l'*hypopyon;* ou à l'intérieur et à l'extérieur, ce qui établit une communication entre la chambre antérieure et la surface extérieure de l'œil, une *fistule de la cornée;* ou, enfin, le pus fuse entre les lamelles de la cornée, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à la partie inférieure de cette membrane, où il constitue une espèce d'abcès par congestion, qu'on a nommé *onyx* (*unguis*, *ungula corneæ*), qui est absorbé ou se fait jour à l'intérieur ou à l'extérieur. Quelquefois la partie la plus liquide du pus contenu dans ces abcès est absorbée, et la partie épaisse reste (*onyx exsiccatus*) et forme une *tache* ou *taie de la cornée.* La suppuration peut même complétement désorganiser la cornée, la rendre opaque, et priver le malade de la vue; c'est ce qu'on a appelé *phthisie de la cornée.*

L'inflammation de la cornée est toujours accompagnée d'un trouble plus ou moins grand de la vue, d'une légère injection de la conjonctive, de photophobie, d'une sécrétion plus abondante des larmes.

Le traitement de cette maladie est d'abord anti-phlogistique. Lorsque des pustules tendent à se montrer, les frictions mercurielles autour de l'œil, et l'application sur la partie malade du laudanum, faite au moyen d'un pinceau, de deux jours l'un, ou tous les jours, suivant l'irritabilité de l'organe malade, préviennent quelquefois encore le développement de ces abcès, qui, s'ils sont formés, exigent l'usage des fomentations émollientes, afin de hâter leur maturité. L'ouverture des abcès de la cornée doit être abandonnée à la nature, excepté lorsqu'ils tardent à s'ouvrir, qu'ils sont très-étendus, et tendent à envahir une grande partie de la cornée; dans ces cas on fait bien de les inciser à la partie la plus déclive avec un couteau ou une aiguille à cataracte. Les ulcères qui en résultent se cicatrisent souvent assez facilement; s'ils tardent à le faire, on les touche avec du laudanum, ou l'on emploie un collyre légèrement astringent. (Voyez les articles *Ulcères* et *Taies de la cornée*, *Hypopyon*.)

J. Th. Fabini, *De præcipuis corneæ morbis. Budæ*, 1830.

4.° *Inflammation idiopathique de la membrane de Demours* (hydatoditis, hydatocapsulitis idiopathica).

Cette maladie que Wardrop[1] a décrite le premier,

---

1 J. Wardrop, *Essays on the morbid anatomy of the eye*, vol. 2, chap. 18.

se présente, suivant les auteurs, sous deux aspects différens, selon que l'inflammation affecte la partie de la membrane qui tapisse l'intérieur de la cornée, ou celle qui se réfléchit sur l'iris. J'avoue cependant n'avoir jamais observé cette dernière variété, et ne pas être tout-à-fait convaincu de son existence; car il n'est pas très-certain que la membrane de Demours se réfléchisse sur l'iris. D'ailleurs, si la maladie existe, elle doit avoir la plus grande analogie avec l'inflammation de l'iris; aussi l'affection, considérée par Schindler[1] et d'autres comme l'inflammation de la séreuse qui recouvre l'iris, avait-elle été décrite précédemment par le même auteur[2] sous le nom d'*iritis chronique.*

Quant à l'inflammation de la membrane qui tapisse la face intérieure de la cornée, elle ne se distingue de l'inflammation de la cornée elle-même que par une teinte grisâtre plus uniformément répandue, et la situation plus profonde de cet obscurcissement; situation qu'on reconnaît surtout en examinant l'œil en profil.

Cette inflammation se termine, soit par résolution, soit par une sécrétion plus abondante de l'humeur aqueuse, d'où résulte l'hydrophthalmie, soit

---

1 H. B. Schindler, *Nosologisch-therap. ophthal. Andeutungen.* (Græfe *und* Walther's *Journal,* 1828, t. XII, p. 165.)

2 H. B. Schindler, *Commentatio ophthalmiatrica de iritide chronica ex keratonyxide suborta. Vratisl.,* 1819.

enfin par exsudation lymphatique, qui entraîne l'obscurcissement plus ou moins complet de la membrane.

Le traitement de cette maladie consiste d'abord dans l'emploi des antiphlogistiques. Lorsque la sécrétion de l'humeur aqueuse devient trop abondante, ce qui s'annonce par les symptômes indiqués à l'article *Hydrophthalmie*, on se sert avec avantage, à l'intérieur, des préparations mercurielles et antimoniales, du calomel, du tartre stibié, etc., et à l'extérieur, des révulsifs. C'est aussi dans ces cas qu'il est utile de faire la ponction de la cornée, pour donner issue à l'humeur aqueuse; faite dans la période d'acuité de la maladie, la ponction augmenterait l'inflammation. Cette opération, conseillée par WARDROP[1], se pratique au moyen d'un couteau à cataracte, avec lequel on pénètre dans la chambre antérieure par la partie inférieure de la cornée: après avoir enfoncé la pointe de l'instrument perpendiculairement jusque dans la chambre antérieure, on donne au couteau une direction parallèle à la cornée, et on le fait avancer un peu, afin d'obtenir une ouverture d'une ligne et demie à deux lignes d'étendue; on empêche pendant quelques jours cette ouverture de se fermer, en y introduisant, une ou deux fois par jour, la pointe du couteau ou l'extrémité

---

1 J. WARDROP, *Observations on the effects of evacuating the aqueous humour in inflammations of the eyes*. Lond., 1807.

d'une petite spatule (fig. 19, *a*) : on entretient de cette manière l'écoulement de l'humeur aqueuse, ce qui contribue à dissiper la maladie. Lorsque l'inflammation de la membrane de Demours tend à se terminer par exsudation, elle doit être combattue par les frictions mercurielles abondantes et l'usage du calomélas à l'intérieur.

Langenbeck's *Neue Bibliothek*, tom. IV, pag. 66 et 260.
Fr. X. Kammerer, *De tunica serosa humoris aquei in oculo humano, ejusque inflammatione. Dissert. inaug. Pragæ*, 1828.

5.° *Inflammation idiopathique de l'iris (iritis, iridite idiopathique).* [Fig. 1.]

L'inflammation idiopathique de l'iris se manifeste sous deux formes distinctes, la forme aiguë et la forme subaiguë ou chronique. La première est caractérisée par le changement de couleur de l'iris, l'immobilité de cette membrane, sa tuméfaction, qui rend la chambre antérieure plus petite en rapprochant l'iris de la cornée; le rétrécissement de la pupille, l'injection de la sclérotique et de la conjonctive, la photophobie, la diminution et même la perte de la vue, les douleurs vives dans le globe de l'œil, et qui s'étendent à toute la tête; la fièvre. L'inflammation change en vert la couleur bleue de l'iris, et en brun rougeâtre la couleur brune; on distingue même quelquefois des vaisseaux sanguins dans l'iris enflammé, surtout à l'aide d'une loupe.

L'inflammation de l'iris se termine par résolution, par suppuration, ou par exsudation. La suppuration se fait de deux manières; ou bien il se forme de petits abcès dans la substance de l'iris, ou bien une sécrétion purulente a lieu à la face antérieure ou postérieure de cette membrane. Dans le premier cas on voit apparaître dans l'iris, et surtout près de son bord pupillaire, quelques points blancs jaunâtres, qui sont autant de petits abcès, lesquels s'ouvrent et versent le pus dans la chambre antérieure. Dans le second cas le pus, sécrété à la surface de l'iris, s'accumule peu à peu dans le fond de l'une ou l'autre des chambres de l'œil. Lorsque le pus s'amasse dans la chambre postérieure, il est soustrait à nos regards, et ne peut être vu que lorsqu'il est en assez grande quantité pour remplir la partie inférieure de cette petite cavité et atteindre le bord pupillaire inférieur de l'iris, par-dessus lequel il peut même passer dans la chambre antérieure.

Une petite quantité de pus, épanchée dans les chambres de l'œil, est le plus souvent absorbée; mais lorsque la quantité est telle que le pus peut passer d'une chambre à l'autre par-dessus le bord de la pupille, l'absorption ne peut en débarrasser l'œil assez vite; l'inflammation augmente, s'étend aux autres parties du globe de l'œil, et surtout à la cornée, qui s'ulcère et donne enfin issue au pus. Cette évacuation cependant ne sauve que rarement la

vue, les parties intérieures de l'œil étant alors déjà désorganisées par l'inflammation.

La terminaison de l'*iritis* par exsudation a lieu plus fréquemment que celle par suppuration. Lorsque l'exsudation commence à se faire, l'humeur aqueuse et la pupille se troublent : on aperçoit les exsudations lymphatiques surtout au bord de la pupille, qu'elles font paraître comme frangé; elles sont blanchâtres et peuvent aussi avoir leur siége à la face postérieure de l'iris. Si effectivement l'iris est revêtu d'une membrane séreuse, il est possible que ces exsudations soient toujours dues à l'inflammation de cette dernière; car on sait combien le tissu séreux enflammé est disposé à l'exsudation. Cette question, difficile à résoudre, est du reste peu importante; car il est probable que l'inflammation de l'iris s'accompagne toujours de celle de la membrane qui le revêt, et *vice versa.* La matière exsudée forme quelquefois des filamens plus ou moins déliés, qui passent d'un côté de la pupille à l'autre, rétrécissent cette ouverture et y forment même un réseau qui, à mesure qu'il devient plus serré, obscurcit de plus en plus la vue, et l'abolit complétement à la fin (v. l'article *Occlusion de la pupille*). D'autres fois cette lymphe exsudée établit des adhérences entre l'iris et la capsule du crystallin, qui s'enflamme facilement quand le premier est affecté d'inflammation; cette adhérence a été appelée *syné-*

chie postérieure, et on a nommé *synéchie antérieure* celle qui s'établit entre l'iris et la cornée, lorsque des exsudations se forment à la face antérieure de l'iris et à la face postérieure de la cornée. Enfin il arrive même quelquefois que la suppuration et l'exsudation ont lieu en même temps, ce qui peut donner naissance à la *fausse cataracte*, qui n'est autre chose que l'obstruction de la pupille par du pus concrété qui, après l'absorption de sa partie la plus ténue, a été fixé dans la pupille par les filamens lymphatiques exsudés.

La forme subaiguë ou chronique de l'inflammation de l'iris est moins bien caractérisée que la forme aiguë, et pourrait être confondue, par un observateur superficiel, avec l'amaurose commençante. Elle se reconnaît cependant au changement de couleur de l'iris, à l'immobilité de la pupille, à la diminution de la vue, à la douleur profonde dans l'œil et la tête, et plus tard aux exsudations lymphatiques, par lesquelles cette inflammation se termine toujours lorsqu'elle a duré quelque temps sans se résoudre, et qui ont presque toujours leur siége à la partie postérieure du bord de la pupille. C'est là la maladie que le docteur Siméons [1] a nommée *Uvéitis chronique.*

Traitement. L'inflammation de l'iris étant tou-

---

1 Græfe *und* Walther's *Journal*, tom. XI, pag. 293.

jours une maladie très-grave et qui occasionne souvent la perte de la vue, le traitement doit être énergique. L'inflammation est-elle aiguë, on a recours à des saignées générales copieuses et répétées, aidées de saignées locales, de fomentations froides et de dérivatifs. La maladie a-t-elle le caractère chronique, les révulsifs sont indiqués, et surtout les vésicatoires, les exutoires et le séton à la nuque. S'aperçoit-on que la suppuration est inévitable, on met de côté les applications froides, et l'on continue à combattre l'inflammation par les évacuations sanguines, aidées de fomentations émollientes et de l'instillation dans l'œil de décoctions émollientes et mucilagineuses. Lorsque l'inflammation est accompagnée d'épanchement purulent dans les chambres de l'œil, d'*hypopyon*, on ajoute aux moyens déjà indiqués l'usage de ceux qui hâtent l'absorption du pus, tels que le calomel, les sels neutres et la racine de sénéga (voyez sur le mode d'administration de ce dernier moyen, l'article *Hypopyon*) à l'intérieur, et les frictions mercurielles autour de l'orbite. Dans les cas où l'épanchement est trop considérable pour pouvoir être absorbé rapidement, on donne issue au pus par une incision de la cornée. Lorsque l'épanchement subsiste après la disparition de l'inflammation, on emploie les moyens indiqués à l'article *Hypopyon*.

L'inflammation de l'iris ayant une forte tendance à se terminer par exsudation, et cette terminaison

étant toujours préjudiciable à la vue, qu'elle abolit même quelquefois complétement, le médecin ne doit rien négliger pour la prévenir. Aussi, dès que l'inflammation a perdu sa plus grande acuité, et dans l'inflammation subaiguë dès le commencement de la maladie, emploie-t-on, conjointement avec le calomel donné à l'intérieur, les frictions mercurielles autour de l'orbite. Les doses de ces moyens, d'abord petites, doivent être augmentées aussitôt que l'exsudation commence à se faire; la salivation, loin d'être à craindre, est quelquefois nécessaire, parce qu'alors seulement le mercure manifeste son action sur la maladie de l'œil; et d'ailleurs on peut bien risquer de faire saliver le malade, quand il s'agit de lui conserver la vue. Comme on ne réussit pas toujours à éviter la terminaison par exsudation, ou à faire réabsorber la lymphe exsudée, il faut que le médecin fasse en sorte que les exsudations nuisent aussi peu que possible à la vue. Plus la pupille sera rétrécie, et plus son obstruction par de la lymphe exsudée sera facile; par contre, plus la pupille sera dilatée, et plus le malade aura de chances d'en conserver une partie non obstruée : c'est ce qui conduit naturellement à l'emploi des moyens propres à dilater la pupille. Parmi ces moyens, ceux qui agissent le plus promptement, sont l'atropine et l'extrait essentiel de jusquiame du docteur OEhler, instillés dans l'œil; à défaut de ces préparations, on se sert des extraits

ordinaires de belladone et de jusquiame, en solution ou incorporés dans de l'onguent mercuriel; ou bien on emploie les infusions de ces plantes (voyez les articles *Belladone* et *Jusquiame*, dans le formulaire ophthalmique). En répétant les instillations ou les frictions, on maintient la pupille dilatée pendant tout le cours de la maladie, ce qui fait que l'exsudation, si elle a lieu, n'obstrue que difficilement le centre de la pupille; en même temps on combat l'inflammation par les évacuations sanguines et les autres moyens indiqués plus haut. Lorsque des exsudations existent déjà, et ont établi des adhérences entre la cornée et l'iris, ou entre celui-ci et la capsule crystalline, ou forment des filamens qui vont d'un côté de la pupille à l'autre, la belladone et la jusquiame sont d'un grand secours, parce que leur influence sur l'iris fait que celui-ci se rétracte vers son bord ciliaire, afin d'élargir la pupille, ce qui tend les filamens exsudés et finit quelquefois par les rompre.

La douleur qui accompagne l'inflammation de l'iris est parfois tellement vive, qu'elle nous force à agir symptomatiquement, et à la combattre par l'opium, qu'on emploie en frictions dans la région susorbitaire, soit pur et humecté d'un peu de salive, soit uni à de l'onguent mercuriel.

Je crois inutile d'ajouter que la chambre du malade doit être plus ou moins obscurcie; on suivra

à cet égard les préceptes donnés à l'article *Ophthalmies idiopathiques en général.*

A. Schmidt, *Ueber Iritis und Nachstaar. Wien*, 1801.

6.° *Inflammation idiopathique du ligament ciliaire.*

Le professeur Ammon [1], qui a le premier observé cette inflammation, lui assigne les caractères suivans : l'inflammation occupe tout le ligament ciliaire, ou seulement une partie de cet organe. Dans ce dernier cas elle se manifeste par de la pression dans l'œil, du clignotement, puis par l'apparition subite d'un réseau capillaire qui a la forme d'un croissant, et occupe le tiers ou le quart du rebord que forme la sclérotique à l'endroit où elle s'unit à la cornée. Ce réseau semi-lunaire est d'un rouge vif et forme une légère saillie. Cette petite élévation se passe au bout de quelque temps et laisse après elle une cicatrice à la sclérotique, qui est la suite de la résorption d'une partie de cette tunique sans suppuration apparente. Quelquefois, au lieu de réseau semi-lunaire, on ne voit que des vaisseaux sanguins en grand nombre qui aboutissent à une partie du rebord de la sclérotique. Dans ces cas il se forme bientôt un ulcère semi-lunaire sur le rebord, d'où résulte facilement le staphylome de la sclérotique

---

1 Rust's *Magazin*, tom. XXX, pag. 240.

ou du corps ciliaire. Dans tous les cas l'inflammation se propage rapidement à la membrane de l'humeur aqueuse, où elle donne lieu à des exsudations. Lorsque la totalité du ligament ciliaire est enflammée, on reconnaît la maladie au grand nombre de vaisseaux sanguins qui s'étendent jusqu'au rebord de la sclérotique, où ils disparaissent tout à coup pour s'anastomoser probablement avec ceux du ligament ciliaire. La sclérotique s'enflamme; il y a photophobie, larmoiement, douleurs vives dans l'orbite. La maladie suit la même marche que lorsqu'elle est partielle.

M. Ammon a eu l'occasion d'examiner les yeux de quatre individus morts pendant l'existence de l'inflammation dont nous parlons. Il a trouvé six fois le ligament ciliaire tuméfié, et deux fois il l'a vu atrophié.[1]

L'auteur auquel nous devons cette description emploie d'abord le traitement antiphlogistique, puis, lorsque l'inflammation est devenue moins aiguë, le muriate de baryte dissous dans de l'eau de laurier-cerise, d'après la formule suivante : Pr. muriate de baryte un gros; faites dissoudre dans eau de laurier-cerise une once. Le malade en prend dix à quarante gouttes, trois à six fois par jour; en même temps il est mis à une diète sévère. Les collyres et les on-

---

1 Ammon's *Zeitschrift*, tom. II, pag. 217.

guens ophthalmiques sont nuisibles dans cette maladie, et les vésicatoires inutiles.

7.° *Inflammation idiopathique de la choroïde* (*choroïdite*, choroïtis).

Cette inflammation, qui est très-rare et qui se propage rapidement aux autres parties de l'œil, a été le mieux décrite par W. MACKENZIE[1]. Ses principaux symptômes sont : une couleur bleuâtre, violette de la sclérotique; cette membrane s'élève et forme une tumeur violette, dont le siége se trouve le plus souvent dans le voisinage de la cornée; la tumeur et la coloration dépendent de l'amincissement de la sclérotique par suite de la pression exercée sur cette tunique par la choroïde tuméfiée. La pupille est tirée vers en haut et en dehors; la douleur est vive et s'étend à toute la tête; la vue est plus ou moins troublée. Au bout de peu de temps il se fait une exsudation entre la choroïde et la rétine; cette dernière membrane est décollée, poussée vers le centre de l'œil, où elle forme, lorsque l'exsudation est considérable, un cordon blanchâtre qui simule une cataracte située profondément, ou un fongus médullaire. Le globe de l'œil est alors augmenté de volume et fait saillie hors de l'orbite. L'inflammation se communique rapidement à la

---

1 *Glasgow medical Journal*, n.° 5.

membrane de l'humeur aqueuse et à la cornée.

La guérison de cette maladie est difficile et toujours lente. Le traitement consiste d'abord dans l'usage des antiphlogistiques et des dérivatifs. L'exsudation une fois faite, il s'agit d'évacuer ce liquide; dans cette vue on pratique la ponction de la sclérotique avec une aiguille à cataracte un peu large. On répète cette opération tous les huit jours, en faisant toujours attention de ne pas blesser le crystallin. Dans cette période de la maladie, M. Mackenzie a employé avec avantage à l'intérieur le sulfate de quinine et le carbonate de fer.

Wagner, *Ueber die Krankheiten der Choroidea* (Horn's *Archiv für medizinische Erfahrung*, 1821, Mars et Avril).

8.° *Inflammation idiopathique de la rétine* (*rétinite*, dictyitis, amphiblestroditis).

L'inflammation *aiguë* et non compliquée de la rétine a été très-rarement observée; elle est occasionée par l'impression d'une lumière trop vive et par des lésions mécaniques, qui arrivent surtout dans l'opération de la cataracte par abaissement.

La diminution ou l'abolition complète de la vue, la sensibilité extrême de l'œil à la lumière, le rétrécissement de la pupille, la vue d'étincelles ou de feu (*photopsie*), la douleur vive qui, de l'œil, se répand sur toute la tête, la fièvre, sont les symp-

tômes qu'on assigne ordinairement à cette maladie.

L'inflammation se communique facilement aux autres parties de l'œil. Elle se termine par résolution ou par exsudation. Dans ce dernier cas on voit quelquefois, à travers la pupille, la lymphe exsudée dans le fond de l'œil. Le plus souvent l'inflammation de la rétine laisse après elle une faiblesse plus ou moins grande de la vue, ou même une cécité complète.

L'inflammation *chronique* de la rétine n'a été que peu étudiée jusqu'à présent, et cependant il est probable que c'est à elle que sont dues un grand nombre d'amauroses, surtout celles qui se développent lentement et s'accompagnent de douleur dans le fond de l'œil et d'un excès de sensibilité de l'organe affecté.

Le traitement antiphlogistique est indiqué aussi long-temps que l'inflammation de la rétine est aiguë; lorsqu'elle se prolonge et tend à se terminer par exsudation, on la combat par le mercure à l'intérieur et en frictions, et par les révulsifs. C'est à ces derniers qu'on a recours dans l'inflammation chronique de la rétine, contre laquelle on emploie principalement les vésicatoires volans, le séton à la nuque, les exutoires au bras, à l'apophyse mastoïde, au sommet de la tête.

9.° *Inflammation idiopathique de la capsule du crystallin* (capsulitis, phacohymenitis).

L'inflammation aiguë de la capsule crystalline est rare; on ne l'observe guère qu'après des lésions mécaniques; le plus souvent l'inflammation suit une marche chronique. Dans tous les cas elle est caractérisée par l'obscurcissement de la capsule. Cet obscurcissement est d'abord d'un gris pâle, rosé; au moyen de la loupe on y distingue souvent des vaisseaux sanguins injectés; plus tard l'opacité se prononce davantage, prend une couleur grise ou blanche, plus apparente dans quelques endroits, tandis que d'autres parties de la capsule restent claires, ce qui donne à celle-ci l'aspect de la nacre. L'obscurcissement est situé immédiatement derrière la pupille; il touche même quelquefois l'iris par suite du gonflement de la capsule crystalline, qui peut être tellement considérable que cette membrane fait saillie dans la chambre antérieure. Le crystallin, dont la transparence se faisait remarquer à travers les parties non obscurcies de sa capsule, commence alors également à se troubler (*inflammation du crystallin*, *lentitis*, *crystallitis* de quelques auteurs). Il en résulte que la vue diminue de plus en plus. L'inflammation peut aussi s'étendre à d'autres parties de l'œil, surtout à l'iris, à la membrane hyaloïde. Un senti-

ment de pression, de plénitude dans l'œil, une légère exaltation de la sensibilité dans l'organe, et quelquefois une rougeur pâle qui entoure la cornée, et une sécrétion plus abondante des larmes, sont les seuls symptômes qui accompagnent l'obscurcissement de la capsule.

L'inflammation de la capsule crystalline se termine par résolution ou par l'obscurcissement complet de la capsule, c'est-à-dire la cataracte. La première se ferait plus souvent si les malades étaient plus prompts à consulter le médecin, et si celui-ci reconnaissait toujours la maladie dès le commencement. Mais la bénignité des symptômes trompe fréquemment le malade et le médecin; aussi le plus souvent la maladie finit-elle par se changer en cataracte. Le traitement antiphlogistique convient lorsque la maladie est aiguë; dès qu'elle passe à l'état chronique on emploie les révulsifs, et surtout le mercure à haute dose à l'intérieur et en frictions. On se sert quelquefois avec avantage de la pommade ammoniacale, employée comme révulsif sur le front ou toute autre partie du cuir chevelu. Enfin, il ne faut pas oublier de tenir la pupille dilatée au moyen de la belladone, afin d'empêcher que l'iris ne contracte des adhérences avec la capsule du crystallin, ce qui arrive très-facilement. Dans les cas où les moyens médicamenteux ne parviennent pas à dissiper l'obscurcissement de la capsule crystalline,

nous avons encore la ressource de l'opération de la cataracte, qui cependant ne doit être pratiquée qu'après la disparition de tout symptôme inflammatoire.

WALTHER, *Abhandlungen aus dem Gebiete der praktischen Medizin, etc.*, pag. 1.

10.° *Inflammation idiopathique de la membrane hyaloïde* (*hyaloïdite*, hyalitis).

Cette affection, peu commune, se déclare par une douleur obtuse dans le fond de l'œil et dans la tête, par la dilatation de la pupille et par l'obscurcissement de la membrane hyaloïde, d'où résulte la diminution ou la perte de la vue. Cet obscurcissement se distingue de tout autre par sa situation profonde et par son étendue; il occupe tout le fond de l'œil et n'a pas une couleur grise ou blanche aussi prononcée que celui de la capsule crystalline ou des exsudations qui ont leur siége dans le fond de l'œil.

L'inflammation de la membrane hyaloïde se termine par résolution ou par l'obscurcissement et la désorganisation du corps vitré, qui constituent alors le *glaucome* et la *synchyse* (voyez ces articles). Elle se propage aussi très-facilement aux autres tissus de l'œil, surtout à la capsule du crystallin et à l'iris.

On combat cette maladie par les mêmes moyens qu'on emploie contre l'inflammation de la capsule

crystalline, à l'exception de la belladone, qui ne serait d'aucune utilité dans l'inflammation de la membrane hyaloïde.

11.° *Inflammation idiopathique des parties externes de l'œil* (*ophthalmie externe*); *inflammation idiopathique des parties internes de l'œil* (*ophthalmie interne*); *inflammation idiopathique du globe de l'œil* (ophthalmitis, panophthalmitis).

Dans les précédens articles j'ai parlé de l'inflammation considérée séparément dans chacune des membranes du globe de l'œil; il arrive cependant rarement qu'elle se borne à une seule de ces tuniques; le plus souvent elle en affecte plusieurs et donne naissance par là à différentes variétés d'ophthalmies qu'il est inutile de décrire, parce qu'elles ne sont que la combinaison de deux ou d'un plus grand nombre des inflammations dont j'ai traité précédemment. Je crois cependant convenable de dire quelques mots des trois formes sous lesquelles ces combinaisons se manifestent le plus fréquemment, et que les auteurs ont appelées ophthalmie externe, ophtalmie interne, et *ophthalmitis*.

L'*ophthalmie externe* (Fig. 2), appelée aussi *phlegmon de la conjonctive*, est l'inflammation de la conjonctive, de la sclérotique et de la cornée. On

lui a donné le nom de *taraxis*, quand elle est peu intense, et de *chémosis*, lorsqu'elle est plus grave, que la conjonctive forme un bourrelet autour de la cornée, et que cette dernière est fortement enflammée ou en suppuration. Dans le plus grand nombre des cas l'ophthalmie externe est une maladie qui se guérit facilement et ne laisse après elle aucune trace ou incommodité; quelquefois cependant elle occasionne des leucomes et des cicatrices à la cornée, qui gènent plus ou moins la vue; enfin le malade peut même perdre la vue complétement par suite de la désorganisation de la cornée, qui ne présente plus alors qu'une surface blanche opaque.

On a appelé *ophthalmie interne* (Fig. 3) l'inflammation qui, ayant son siége primitif dans une ou plusieurs des parties internes de l'œil, se communique à la cornée, à la sclérotique et à la conjonctive. C'est toujours une maladie très-grave, qui se termine souvent par la suppuration de l'iris et de la cornée, la désorganisation de l'œil et la perte de la vue.

L'inflammation peut aussi s'étendre aux autres parties de l'œil et constituer l'*ophthalmitis* ou *inflammation du globe* entier. Cette maladie, qui heureusement est assez rare et ne s'observe guère qu'après des contusions très-fortes de l'œil ou un coup de soleil qui a frappé cet organe, présente, outre les symptômes propres à l'inflammation de

chacune des parties de l'œil, les phénomènes suivans : la douleur est atroce, le globe de l'œil est tuméfié au point qu'il fait saillie hors de l'orbite, et qu'il renverse même en dehors la paupière inférieure. L'inflammation se communique aux paupières; elle s'accompagne toujours d'une fièvre très-forte et quelquefois de délire.

La maladie se termine rarement par résolution, et alors même il reste une faiblesse de la vue; le plus souvent la suppuration est inévitable, et quelquefois la gangrène s'empare de l'œil. L'inflammation peut même, en se propageant au cerveau et aux méninges, occasioner la mort du malade.

Quand la suppuration se fait, le malade a des frissons, les douleurs deviennent pulsatives, la rougeur augmente, la cornée devient jaune, et de petits abcès se développent dans la conjonctive. A la fin la cornée se rompt (*rhexis oculi*), et donne issue à du pus, suivi du crystallin et d'une partie de l'humeur vitrée; après quoi la tumeur diminue, ainsi que la douleur. Quelquefois la rupture de la cornée se fait avec tant de force, que le crystallin est lancé à une certaine distance. Après l'écoulement des humeurs contenues dans l'œil, la suppuration continue encore pendant quelque temps, jusqu'à ce qu'enfin la plaie se cicatrise; le globe de l'œil ne forme plus alors qu'un petit moignon caché dans le fond de l'orbite. La suppuration peut aussi détruire tout le

globe de l'œil (*Phthisie du globe de l'œil*, de quelques auteurs), et amener la fièvre hectique.

Dans les cas où l'inflammation se termine par gangrène, les douleurs diminuent ou cessent subitement, et les parties enflammées deviennent flasques et livides. Le malade est dans le plus grand danger.

Traitement. Aussi long-temps que la résolution de la maladie est possible, on insiste sur l'usage des antiphlogistiques, surtout des saignées répétées et des applications froides. Lorsqu'il n'est plus possible d'obtenir la résolution, on favorise la suppuration par des fomentations émollientes ou des cataplasmes. Aussitôt qu'on voit des abcès se former dans la conjonctive ou dans la cornée, on les ouvre; on incise la cornée lorsque du pus s'amasse dans l'intérieur de l'œil. Si la suppuration est de bonne nature, on continue les applications émollientes jusqu'à la cicatrisation de la plaie; on panse au contraire avec de l'onguent digestif, ou l'on fait des fomentations aromatiques, si la suppuration augmente et prend un mauvais caractère. Dans ces cas on est obligé de soutenir les forces du malade par des cordiaux et un régime nourrissant.

Dès que la gangrène se déclare, on fait des fomentations avec la décoction de quinquina, à laquelle on ajoute de la teinture d'opium, et on donne à l'intérieur le quinquina, les acides minéraux, l'éther.

Lorsque les parties gangrénées se détachent, on traite la plaie qui reste, suivant son caractère, par les émolliens ou, ce qui est plus souvent le cas, par les aromatiques et les stimulans.

Lorsque, par suite de la suppuration ou de la gangrène, le globe de l'œil a été entièrement détruit, les paupières se ferment, et un œil artificiel ne pourra remédier qu'imparfaitement à la difformité. Mais si le globe de l'œil est en partie conservé, il communiquera ses mouvemens à l'œil artificiel, et rendra l'illusion complète. (Voyez l'article *Yeux artificiels.*)

γ. *Des ophthalmies spécifiques.*

Les ophthalmies spécifiques sont des inflammations de l'œil caractérisées par une marche et des symptômes particuliers qui les distinguent des ophthalmies idiopathiques; caractères particuliers, qui sont déterminés, soit par la nature spécifique des causes qui produisent ces affections, soit par une maladie constitutionnelle ou une diathèse, dont sont affectés les individus pris d'ophthalmie.

Les causes prédisposantes des ophthalmies spécifiques consistent dans l'existence d'une diathèse ou d'une maladie constitutionnelle, capable de modifier l'inflammation de l'œil (la goutte, les scrophules, la syphilis, etc.), ou dans une disposition particulière de certains individus, à être affectés par les changemens

qui se font dans l'atmosphère; changemens qui donnent naissance aux catarrhes, aux rhumatismes.

Les causes occasionelles des ophthalmies spécifiques sont de deux sortes : les unes ont une action spéciale, et peuvent produire une ophthalmie spécifique chez des individus bien portans, tels sont les changemens dans l'atmosphère, l'application à l'œil de quelques matières virulentes; les autres sont de nature à pouvoir faire naître une inflammation idiopathique des yeux chez les sujets bien constitués, et ne produisent d'ophthalmie spécifique que chez les individus qui sont affectés d'une diathèse ou d'une maladie constitutionnelle, capable de modifier l'inflammation et de lui imprimer un caractère spécifique. Cette dernière série de causes appartient également aux ophthalmies idiopathiques, et a trouvé sa place à l'article consacré aux ophthalmies idiopathiques en général (page 138).

Enfin, il arrive assez fréquemment que nous ne découvrons aucune cause déterminante, autre que la maladie constitutionnelle même, dont l'ophthalmie n'est alors qu'un symptôme.

Une ophthalmie idiopathique se change en spécifique, lorsque, pendant son existence, une maladie constitutionnelle se déclare, ou qu'une diathèse, qui n'existait que faiblement et n'influençait point l'ophthalmie idiopathique, se prononce davantage.

Les inflammations spécifiques siégent quelquefois

dans une seule partie de l'œil; le plus souvent cependant elles en affectent plusieurs à la fois. Leur marche est tantôt aiguë, tantôt chronique.

Les ophthalmies spécifiques se distinguent des idiopathiques par des symptômes locaux et généraux. Ordinairement les symptômes locaux caractérisent suffisamment l'ophthalmie spécifique; quelquefois cependant ces symptômes sont peu prononcés. Les signes fournis par l'état général du malade, sont alors d'un grand secours pour le diagnostic.

On ne peut rien dire de général sur le pronostic des ophthalmies spécifiques; il y en a de légères et de très-graves. Elles sont ordinairement plus opiniâtres, et se terminent moins facilement par résolution que les ophthalmies idiopathiques.

Le traitement des ophthalmies spécifiques varie suivant l'espèce. Dans ces maladies il y a toujours deux choses à considérer, l'affection locale et la diathèse, ou maladie constitutionnelle. En traitant cette dernière, on peut guérir radicalement l'affection générale et la locale; tandis qu'en ne dirigeant le traitement que contre l'ophthalmie, il pourra arriver que celle-ci disparaisse; mais l'individu n'en restera pas moins malade, et disposé par conséquent à la récidive de l'ophthalmie. Dans le plus grand nombre des cas on fait bien de combiner les deux méthodes: car, si l'on se bornait à combattre l'affection générale, on risquerait de voir l'œil désorganisé ou en-

dommagé d'une manière irréparable, avant que les moyens employés contre cette affection ne puissent faire sentir leur action salutaire sur l'ophthalmie.

Je ne m'étendrai point sur les moyens à opposer aux affections générales, desquelles dépendent la plupart des ophthalmies spécifiques; ils se trouvent exposés dans les ouvrages qui traitent de ces affections générales. Quant aux moyens dirigés directement contre l'inflammation de l'œil, ils varient suivant la nature de cette inflammation.

1.° *Ophthalmie catarrhale* (phlegmhymenitis ophthalmica).

Les refroidissemens subits, la suppression de la transpiration, l'état particulier de l'atmosphère, qui, en agissant sur les membranes muqueuses, donne lieu aux affections catarrhales, occasionnent l'ophthalmie catarrhale.

La conjonctive et les glandes de Meibomius sont le siége constant de cette ophthalmie, qui affecte ordinairement un grand nombre d'individus au printemps et en automne, règne même quelquefois épidémiquement, et s'accompagne très-souvent de l'inflammation catarrhale de la membrane pituitaire et des voies lacrymales.

Cette ophthalmie se manifeste sous deux formes principales, qui doivent être décrites séparément, quoique la seconde ne soit souvent qu'une période

plus avancée de la première. Ces deux formes sont l'*ophthalmie catarrhale proprement dite*, et l'*ophthalmie catarrhale purulente ;* cette dernière se subdivise en *ophthalmie dite égyptienne*, et *ophthalmie des nouveau nés*. C'est là, selon moi, la manière la plus naturelle d'envisager l'ophthalmie catarrhale ; cependant, comme dans une science déjà surchargée de termes techniques on doit éviter d'en créer de nouveaux, ou de changer la signification des anciens, je conserverai, comme l'ont fait la plupart des auteurs, le terme d'ophthalmie purulente exclusivement à l'ophthalmie égyptienne, et je parlerai de trois variétés de l'ophthalmie catarrhale, qui sont l'ophthalmie catarrhale proprement dite, l'ophthalmie purulente, et l'ophthalmie des nouveau nés.

HÜTER, *Die catarrhalischen Augenentzündungen* (*Heidelberger klinische Annalen*, tom. V, pag. 445, et tom. VI, pag. 1 et 161).

a. *Ophthalmie catarrhale proprement dite.*

L'inflammation catarrhale de l'œil affecte la conjonctive et les glandes de Meibomius. Il peut arriver que l'une ou l'autre de ces parties soit principalement affectée, ou que l'inflammation se borne aux glandes de Meibomius et à la conjonctive, qui avoisinent les commissures des paupières ; c'est ce qui a engagé quelques auteurs à admettre différentes

variétés de l'ophthalmie catarrhale, qu'ils ont décrites sous les noms de *conjonctivite catarrhale*, *bléparadénite* ou *blépharopthalmie glanduleuse catarrhale*, *blépharo-conjonctivite* et *ophthalmo-conjonctivite catarrhales*, *canthitis catarrhale.* A ces variétés on peut ajouter l'*ophthalmie sénile*, qui n'est autre chose que l'ophthalmie catarrhale très-opiniâtre des vieillards.

L'ophthalmie catarrhale commence le plu, souvent par de la démangeaison et de la chaleur au bord des paupières et à leurs commissures; ces parties se tuméfient ensuite et deviennent rouges; peu à peu la rougeur s'étend aux autres parties de la conjonctive: on voit, dans différens endroits de cette membrane, des vaisseaux sanguins injectés se diriger vers le bord de la cornée, toujours réunis en plus ou moins grand nombre, surtout dans les angles de l'œil. Ces vaisseaux dilatés par le sang, peut-être aussi les glandes muqueuses tuméfiées, produisent, par le frottement qu'ils occasionnent entre l'œil et les paupières, la sensation d'un grain de sable engagé sous la paupière. C'est aussi par cette sensation que commence quelquefois l'ophthalmie catarrhale : dans ces cas les malades sont d'autant plus portés à croire qu'ils ont un corps étranger dans l'œil, que cette sensation n'est précédée d'aucun autre symptôme, qu'elle prend naissance subitement et ordinairement dans la rue, quand un vent froid frappe l'œil. Si alors on exa-

mine l'organe, on trouve la rougeur de la conjonctive telle que je viens de la décrire.

Au commencement de l'ophthalmie catarrhale, la sécrétion muqueuse de la conjonctive et des glandes de Meibomius est supprimée ; de là la sécheresse de l'œil qui cependant passe quelquefois inaperçue, à cause de la sécrétion plus abondante des larmes. Ce liquide prend une qualité âcre, irrite les parties sur lesquelles il coule; la peau extérieure des paupières s'enflamme, devient sensible à l'air et à la lumière; sur le bord des paupières on remarque des excoriations qui, en s'étendant, peuvent détruire les commissures des paupières et occasioner l'ectropion. A ces symptômes se joint souvent un peu de fièvre, surtout le soir. Si l'ophthalmie n'est pas arrêtée dans sa marche, des *phlyctènes* ou des *pustules*[1] se forment dans la conjonctive, le plus souvent au bord de la cornée. La sérosité ou le pus, contenus dans les vésicules, peuvent être réabsorbés ; s'ils ne le sont pas, la vésicule crève, le fluide contenu s'écoule, et laisse à sa place une petite excavation qui guérit facilement. Après avoir duré quelques jours, le larmoiement cesse, et les symptômes inflammatoires diminuent un peu, à l'exception de la tuméfaction, qui augmente; la sécrétion muqueuse de la

1 On appelle *phlyctènes*, des vésicules qui contiennent de la sérosité, et *pustules*, celles qui contiennent une matière purulente.

conjonctive et des glandes de Meibomius, supprimée jusque-là, commence de nouveau à se faire, devient même trop abondante, et la matière sécrétée prend un aspect purulent; pendant la nuit elle agglutine les bords des paupières et y forme des croûtes. Par suite des mouvemens des paupières, le mucus sécrété est étendu pendant la journée sur la surface antérieure du globe de l'œil, ce qui trouble la vue et inquiète quelquefois beaucoup le malade. Arrivée à cette période, la maladie commence ordinairement à diminuer; la sécrétion se rapproche de plus en plus de l'état normal, et les symptômes d'inflammation finissent par disparaître.

Dans les cas cependant où les malades sont continuellement exposés à un air vicié, ou lorsqu'ils font usage d'une mauvaise alimentation, ou se lavent les yeux avec de l'eau corrompue, la maladie, au lieu de diminuer, change de forme; la conjonctive se boursouffle de plus en plus; la sécrétion muqueuse augmente, devient puriforme, et la maladie finit par présenter tous les symptômes de l'ophthalmie purulente. Quelquefois aussi l'ophthalmie catarrhale devient habituelle, ce qui a lieu surtout chez les personnes âgées; dans ce cas il se fait continuellement une sécrétion muqueuse, suffisante pour agglutiner, pendant la nuit, les bords des paupières, et former de petites croûtes; la conjonctive est peu injectée, l'œil est légèrement larmoyant,

surtout quand il est exposé au vent; le soir le malade éprouve de la pesanteur dans les paupières et de la difficulté à les tenir ouvertes; la lecture le fatigue alors beaucoup.

L'ophthalmie catarrhale proprement dite est une maladie généralement légère, et que la nature seule guérit souvent; elle ne peut devenir grave que lorsqu'elle est négligée, ou que les malades sont exposés à des influences délétères.

Traitement. Il est rare qu'on soit obligé de recourir à des évacuations sanguines. Lorsque la maladie est légère, quelques bains de pieds sinapisés suffisent souvent pour la faire disparaître. Dans les cas plus graves, les fomentations froides sur l'œil sont indiquées dès le commencement, mais ne peuvent être continuées long-temps; aussitôt que l'inflammation s'est un peu apaisée, que la sécheresse de l'œil a fait place à une sécrétion muqueuse plus abondante, les fomentations froides sont désagréables au malade; et si on les continue, l'ophthalmie empire : on les remplace alors par des compresses chauffées appliquées sur l'œil, auxquelles on substitue les sachets aromatiques et même camphrés, lorsque les symptômes inflammatoires ont beaucoup diminué. On emploie, conjointement avec la chaleur sèche et aromatique, des solutions ou des pommades légèrement astringentes, principalement l'eau de Goulard et les solutions de sulfate de zinc ou de su-

blimé corrosif, auxquelles on ajoute de la teinture d'opium. Si les excoriations du bord des paupières résistent trop long-temps à ce traitement, on a recours à la pierre divine, aux préparations saturnines, ou à l'onguent de Janin, qu'on rend plus ou moins énergique, suivant les cas. Ces derniers moyens sont également indiqués lorsque la sécrétion mucoso-purulente continue à être copieuse. Dans tous les cas, en employant les collyres, il faut avoir la précaution d'essuyer les yeux immédiatement après avec un linge sec et chaud; car dans la période de l'ophthalmie catarrhale, où l'on emploie ces moyens, les yeux ne supportent pas l'application prolongée de l'humidité. Dans les cas opiniâtres, l'application d'un vésicatoire à la nuque peut être nécessaire.

Comme dans les autres maladies catarrhales, dont quelques-unes, et surtout le coryza, compliquent si fréquemment l'ophthalmie catarrhale, le malade se tient dans un air pur, à une température douce et égale; il fait usage d'une boisson tiède, théiforme, pour entretenir une légère diaphorèse.

L'excès de sensibilité, qui persiste quelquefois après la disparition de l'ophthalmie, cède à l'emploi des moyens indiqués plus haut (page 145).

b. *Ophthalmie purulente* (*égyptienne*, *contagieuse;* ophthalmia bellica).

L'inflammation de la conjonctive se manifeste quelquefois sous une forme particulière, caractérisée par un boursoufflement considérable de la conjonctive, qui présente souvent alors un aspect granulé, et par une sécrétion abondante de mucus et de pus à la surface de cette membrane. Cette forme a été nommée, par beaucoup d'auteurs, *blennorrhée de l'œil* ou *ophthalmoblennorrhée*, lorsque la partie oculaire de la conjonctive est le siége principal de la maladie; *blépharoblennorrhée*, lorsque c'est la partie palpébrale qui est spécialement affectée; enfin, *ophthalmoblépharoblennorrhée*, quand toute la membrane est malade. Il y a différentes espèces de blennorrhées de l'œil (voyez les articles *Ophthalmie gonorrhoïque*, *Ophthalmie arthritique*); mais je ne parlerai pour le moment que de celle qui reconnaît pour cause ordinaire une influence catarrhale, ou qui commence par une ophthalmie catarrhale proprement dite, et je la diviserai en deux variétés, selon qu'elle affecte les adultes ou les nouveau nés. La première, par laquelle je commencerai, a été appelée exclusivement *ophthalmie purulente.*

Cette maladie qui, depuis les temps les plus reculés, semble régner d'une manière épidémique en

Égypte, n'est bien connue en Europe et bien décrite que depuis l'expédition d'Égypte à la fin du siècle dernier, pendant laquelle elle a fait de grands ravages dans les armées française et anglaise. Depuis le retour des deux armées en Europe, l'ophthalmie purulente a régné épidémiquement en différens endroits, et principalement parmi les garnisons de plusieurs villes d'Italie, d'Allemagne et des Pays-Bas. Quant à des cas sporadiques d'ophthalmie purulente, on en trouve partout; et il est probable qu'on en a observé de tout temps, surtout à la suite d'ophthalmies catarrhales proprement dites, négligées ou mal soignées.

Les causes prédisposantes de l'ophthalmie purulente sont : une constitution lymphatique détériorée, des alimens de mauvaise qualité ou difficiles à digérer, l'abus des spiritueux, la constipation habituelle, une disposition particulière de certains individus aux affections catarrhales.

Les causes occasionelles sont : le séjour trop prolongé dans un air vicié par des vapeurs, la fumée, la poussière ou des émanations animales; les refroidissemens subits, le changement particulier de l'atmosphère qui engendre les affections catarrhales, les ophthalmies catarrhales proprement dites, et même les autres inflammations de la conjonctive, surtout lorsqu'elles sont mal traitées; enfin la contagion. Cette dernière n'est cependant pas admise par tout

le monde : il y a même un assez grand nombre de médecins[1] qui nient la propriété contagieuse de l'ophthalmie purulente ; mais l'observation des malades et les expériences de M. Guillié[2], qui a inoculé cette maladie à des amaurotiques, ont prouvé que, dans bien des cas, l'ophthalmie purulente possède une propriété contagieuse, dont cependant elle ne jouit pas toujours.

La marche de l'ophthalmie purulente est ou aiguë ou chronique; la première s'observe plus souvent lorsque la maladie est occasionée par contagion, tandis que la seconde est plutôt propre à l'ophthalmie purulente, qui résulte d'une inflammation de la conjonctive mal soignée ou affectant des individus cacochymes.

L'ophthalmie purulente aiguë commence par un léger prurit aux paupières, suivi de l'injection de la partie de la conjonctive qui tapisse les cartilages tarses : quand on est consulté dès le commencement de la maladie, ce qui est rare, on découvre quelquefois un petit nombre de vésicules miliaires à la face postérieure des paupières ; mais ces vésicules dispa-

---

1 Beaucoup d'auteurs attribuent à Larrey une opinion qui n'est pas la sienne. Ce célèbre chirurgien admet que l'ophthalmie purulente puisse se transmettre par contagion, quoiqu'il paraisse d'abord soutenir le contraire. Voyez sa Clinique chirurgicale, tom. I.er, pag. 451, 456 et 457.

2 Bibliothèque ophthalmologique, pag. 81.

raissent promptement, et sont remplacées par une rougeur uniforme, comme veloutée, de la conjonctive palpébrale ; en même temps le malade croit avoir de la poussière ou du sable dans l'œil. Dans le plus grand nombre des cas la rougeur ne tarde pas à se communiquer à la conjonctive qui revêt le globe de l'œil. La conjonctive affectée se tuméfie, se boursouffle, sécrète une humeur d'abord claire et peu abondante, puis muqueuse et enfin purulente. Les paupières sont quelquefois énormément tuméfiées, et le pus s'écoule en torrens par la fente palpébrale toutes les fois que les paupières s'écartent l'une de l'autre. La tumeur qu'elles forment est tantôt rouge, tantôt bleuâtre. Lorsque la tuméfaction n'empêche pas de renverser les paupières en dehors et d'examiner leur surface intérieure, on trouve la conjonctive qui tapisse la paupière inférieure, rouge, boursoufflée, comme veloutée, tandis que celle de la paupière supérieure présente une surface rouge, granulée, tuméfiée; ces granulations paraissent être formées par les glandes muqueuses et les papilles tuméfiées de la conjonctive ; les grains ont à peu près la grosseur d'un grain de millet, et sont serrés les uns contre les autres, de manière cependant à former de petits lobes. Cette surface granulée est tantôt dure, résistante, surtout lorsque les grains sont très-petits; tantôt spongieuse, ce qui s'observe plus fréquemment lorsque les grains sont plus

grands. Très-souvent aussi les granulations n'apparaissent qu'au déclin de l'inflammation, lorsque la tuméfaction de la conjonctive, qui était portée à un très-haut degré, commence à diminuer; souvent, enfin, ces granulations ne se manifestent pas du tout. La conjonctive qui revêt le globe de l'œil, ne présente jamais de ces granulations; elle est tuméfiée, rouge, et forme autour de la cornée un bourrelet circulaire, quelquefois assez considérable pour recouvrir la plus grande partie de cette dernière membrane.

Lorsque la maladie fait des progrès, l'inflammation se propage aux autres parties du globe oculaire, et principalement à la cornée, dans laquelle se forment des abcès qui s'ouvrent et se changent en ulcères, lesquels peuvent occasioner des taches et des staphylomes de la cornée, ou percer cette tunique et donner lieu à la procidence de l'iris, à l'écoulement des humeurs de l'œil et à la consomption de cet organe.

Les symptômes que je viens d'indiquer, sont toujours accompagnés d'une photophobie très-intense, d'un mouvement fébrile plus ou moins fort, et de douleurs extrêmement vives, qui partent de l'œil affecté et s'étendent à tout le côté de la tête.

Après avoir détruit l'œil, ou avant d'avoir atteint ce maximum d'intensité, l'inflammation diminue et prend le caractère chronique.

L'ophthalmie purulente chronique, soit qu'elle provienne d'une ophthalmie purulente aiguë, soit qu'elle se développe peu à peu à la suite d'une autre inflammation de la conjonctive, est caractérisée par la rougeur, l'aspect velouté de la conjonctive palpébrale inférieure, et par les granulations de celle qui tapisse la paupière supérieure (fig. 4). La sécrétion mucoso-purulente de la conjonctive dégénérée est peu abondante, il n'y a pas de fièvre; les douleurs et la photophobie sont légères, mais le boursoufflement de la conjonctive palpébrale se propage facilement à celle qui revêt la sclérotique et la cornée, d'où résulte un pannus qui trouble la vue, l'abolit quelquefois complétement, et résiste souvent à tous les moyens employés pour le combattre.

L'ophthalmie purulente chronique passe très-facilement à l'état aigu, tantôt sans cause connue, tantôt par l'influence des changemens subits de température, du séjour dans un air vicié, d'une mauvaise alimentation.

L'ophthalmie purulente est une maladie extrêmement grave, qui, abandonnée à elle-même, ne guérit jamais. Lorsqu'elle est aiguë, elle peut détruire l'œil en peu de jours; lorsqu'elle suit une marche chronique, si elle n'abolit pas toujours la vue par suite d'un pannus, elle expose du moins le malade à la perdre par la facilité avec laquelle cette maladie passe à l'état aigu. Il est à remarquer cependant que,

lorsque les deux yeux sont pris d'ophthalmie purulente, on parvient très-souvent à en sauver un.

Le traitement de l'ophthalmie purulente varie suivant qu'elle est aiguë ou chronique. Dans le premier cas on emploie au début les saignées générales et locales, les applications froides et les purgatifs. La saignée doit être très-forte pour produire de l'effet; c'est dans cette maladie qu'on a recours, avec le plus d'avantage, à l'artériotomie. Il y a cependant des individus qui sont trop faibles, trop cachectiques, pour supporter une perte de sang très-abondante : chez eux les applications de sangsues sont suffisantes; celles-ci sont aussi indiquées chez les sujets vigoureux, pendant et après l'usage de la saignée générale. Les applications froides doivent être faites sans interruption au commencement de la maladie, jusqu'à ce que les symptômes morbides disparaissent, ou que, le mal faisant des progrès, la sécrétion devienne mucoso-purulente; c'est surtout dans les cas où la maladie a été communiquée par contagion, que les applications froides réussissent bien. Dès le commencement de la maladie, on établit une dérivation sur le canal intestinal au moyen des purgatifs salins et du calomel.

Lorsque ce traitement n'a pas réussi à arrêter l'ophthalmie, que la sécrétion mucoso-purulente augmente, qu'enfin le malade se plaint des applications froides, on substitue aux moyens employés

jusqu'alors l'usage de compresses chauffées ou de sachets aromatiques, et d'une pommade préparée avec quatre à dix grains de précipité blanc de mercure et un gros d'axonge. Une fois par jour on en introduit la valeur d'une lentille entre les paupières, et plusieurs fois par jour on étend de cet onguent sur les paupières tuméfiées, au moyen d'un pinceau; en même temps on fait une révulsion énergique, par l'application de vésicatoires ou d'un séton.

Lorsqu'il y a un ulcère à la cornée, on ajoute aux moyens précédens l'instillation sur la partie ulcérée d'une goutte de laudanum liquide de Sydenham, une ou deux fois par jour. Dès que la maladie diminue d'intensité, on peut remplacer le laudanum pur par un collyre dans lequel entre du laudanum, et qu'on rend de plus en plus irritant à mesure que l'œil le supporte, afin d'empêcher que l'ophthalmie ne devienne chronique. Les principales substances employées dans ces cas, sont la pierre divine, le sublimé corrosif, le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, le chlorure de chaux, le nitrate d'argent.

Dans l'ophthalmie purulente chronique on commence le traitement par les excitans que je viens de nommer; s'ils restent sans effet, on leur substitue les caustiques, tels que le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre, avec lesquels on touche les parties malades, ou qu'on applique en poudre sur ces par-

13

ties au moyen d'un pinceau. A cet effet, après avoir renversé en dehors la paupière malade, on touche fortement la conjonctive dégénérée avec le caustique, ou on applique la poudre; on maintient la paupière renversée, jusqu'à ce que la cautérisation soit produite; alors on passe sur la surface cautérisée avec un pinceau trempé dans de l'huile, pour enlever les parties du caustique qui pourraient encore se trouver sur la surface et agiraient plus tard sur le globe de l'œil; puis on laisse la paupière reprendre sa situation normale. On fait une seconde application dès que les traces de la première ont disparu, et on continue ainsi de suite jusqu'à ce que la conjonctive ne présente plus nulle part l'altération propre à l'ophthalmie purulente; car, aussi long-temps que cette altération subsiste, quelque petite que soit la portion affectée de la conjonctive, elle expose le malade à la récidive de l'ophthalmie purulente.

Dans les cas où la maladie est très-chronique, et la dégénérescence de la conjonctive rebelle à tous les moyens médicamenteux, on a recours au bistouri ou aux ciseaux, avec lesquels on excise la portion dégénérée. Après l'opération on emploie les antiphlogistiques, les astringens ou les caustiques, suivant que la maladie prend un aspect inflammatoire, ou que l'altération se reproduit avec le caractère qu'elle avait précédemment.

Aussi long-temps que la sécrétion du mucus

purulent est abondante, les paupières doivent être entr'ouvertes plusieurs fois par jour, afin que ces matières puissent s'écouler et ne s'amassent point derrière les paupières, par suite de l'agglutination de celles-ci entre elles : chaque fois on essuie les parties avec un linge sec et propre; deux ou trois fois par jour on lave même les paupières avec de l'eau tiède, qu'on essuie soigneusement avec un linge sec.

Dans cette maladie le traitement général doit toujours soutenir le traitement local. Au début de l'ophthalmie et chez les individus bien constitués, l'usage des antiphlogistiques est nécessaire; on emploiera par conséquent les évacuations sanguines, les boissons aqueuses et nitrées, une diète plus ou moins rigoureuse, le repos. Chez les individus faibles et cachectiques, au contraire, surtout lorsque la sécrétion purulente est très-abondante, on est obligé de soutenir les forces par un régime plus nourrissant et même par l'emploi des toniques, principalement des préparations de quinquina. Enfin, l'irritation nerveuse qui se manifeste chez certains malades exige quelquefois l'emploi des antispasmodiques et des narcotiques; de même que la céphalalgie atroce, qui accompagne l'ophthalmie purulente et ne cède pas toujours au traitement dirigé contre cette dernière, est souvent combattue avec succès par un grain d'opium en poudre, humecté d'un peu de salive et

frictionné dans la région susorbitaire, ou par l'acétate de morphine, employé suivant la méthode endermique, ou par l'application au front d'un emplâtre ou extrait narcotique, ou enfin par les narcotiques administrés à l'intérieur.

Pour éviter autant que possible la propagation de l'ophthalmie purulente, le médecin aura soin de bien laver ses mains après avoir touché les yeux affectés, et de recommander aux personnes qui entourent le malade de ne se servir de son linge ou des autres objets qui peuvent avoir été en contact avec la matière purulente, qu'après les avoir bien lavés.

P. Assalini, Observations sur la maladie appelée peste, le flux dyssentérique, l'ophthalmie d'Égypte, etc. Paris, 1801.

J. Vetch, *Account of the ophthalmia, which has appeared in England since the return of the british army. London*, 1807.

Larrey, Mémoires de chirurgie militaire. Paris, 1812, tom. I.er, pag. 203, et Clinique chirurgicale. Paris, 1829, tom. I.er, pag. 442.

J. N. Rust, *Die ægyptische Augenentzündung unter der k. preussichen Besatzung in Mainz. Berlin*, 1820.

C. Græfe, *Die epidemisch-contagiœse Augenblennorrhœ Ægyptens, in den europæischen Befreiungsheeren. Berlin*, 1823.

B. Eble, *Ueber den Bau und die Krankheiten der Bindehaut des Auges, mit besonderem Bezuge auf die contagiœse Augenentzündung. Wien*, 1828.

Fallot et Varlez, Recherches sur les causes de l'oph-

thalmie qui règne dans quelques garnisons de l'armée des Pays-Bas et sur les moyens d'y remédier. Paris et Bruxelles, 1829.

DESGENETTES, Histoire médicale de l'armée d'Orient. Paris, 1830.

c. *Ophthalmie des nouveau nés* (lippitudo neonatorum).

L'ophthalmie catarrhale qui affecte les nouveau nés, et qu'on voit quelquefois régner épidémiquement dans les hospices des enfans trouvés, reconnaît pour causes principales l'exposition des yeux à une lumière trop vive; le séjour dans un air vicié par la fumée, la poussière, les émanations animales, et surtout par l'encombrement d'un grand nombre d'enfans dans un petit espace; enfin, la maladie peut aussi être provoquée par le contact des yeux avec la matière des fleurs blanches de la mère pendant l'accouchement, ou avec le pus qui s'écoule des yeux d'autres enfans affectés d'ophthalmie : ce dernier peut rester attaché aux linges ou éponges avec lesquels on lave les enfans, et être ainsi transporté des enfans malades à ceux qui sont bien portans.

Les symptômes de l'ophthalmie des nouveau nés sont à peu près les mêmes que ceux de l'ophthalmie purulente des adultes. Au commencement, légère rougeur de la conjonctive palpébrale, agglutination du bord des paupières pendant la nuit; dou-

leur et photophobie peu prononcées; ensuite augmentation d'intensité de tous ces symptômes, tuméfaction quelquefois énorme de la conjonctive; le pus s'écoule par torrens de la fente palpébrale, surtout lorsqu'on entr'ouvre les paupières, ce qui n'est cependant pas toujours facile; car chez beaucoup de malades la photophobie occasionne une contraction spasmodique si violente des paupières, que lorsqu'on veut les entr'ouvrir pour examiner l'œil, elles se renversent en dehors en formant des ectropions, et sans pour cela s'écarter l'une de l'autre ou laisser voir le globe de l'œil. On ne voit alors que la conjonctive, qui est tuméfiée, mais ne présente jamais les granulations qu'on observe dans l'ophthalmie purulente des adultes.

Lorsque l'ophthalmie des nouveau nés ne se termine pas par résolution, elle laisse après elle, comme l'ophthalmie purulente, différentes altérations, telles que des taies de la cornée, des staphylomes, l'atrophie du globe de l'œil. Elle est par conséquent une maladie très-grave, et une de celles qui envoient le plus d'enfans dans les instituts des jeunes aveugles.

Le traitement consiste, au début de la maladie, dans l'application d'une ou de deux sangsues aux tempes, de fomentations froides sur l'organe malade, et dans l'administration du calomel à l'intérieur. Plus tard on emploie une pommade de précipité blanc (un à quatre grains par gros d'axonge), avec laquelle

on enduit l'extérieur des paupières plusieurs fois par jour, et dont on introduit tous les jours un peu entre les paupières; ou bien l'on se sert de la solution de sublimé (un demi-grain dans quatre onces d'eau), à laquelle on ajoute du laudanum, et qu'on instille dans l'œil deux ou trois fois par jour. En même temps on applique des compresses chauffées aux yeux. Lorsqu'on suppose que la maladie provient du contact des yeux avec la matière d'une leucorrhée ou d'un ulcère syphilitique dont la mère est affectée, on insiste surtout sur l'usage du collyre mercuriel, et du calomel ou de l'oxide noir de mercure à l'intérieur. Les ulcères qui se manifestent à la cornée transparente doivent être touchés avec le laudanum d'abord étendu d'eau, puis pur.

La plus grande propreté est nécessaire dans cette maladie. On enlève avec une éponge trempée dans de l'eau tiède, plusieurs fois par jour, les matières qui souillent le bord des paupières, et on essuie avec un linge sec chauffé. De temps à autre on écarte les paupières, afin de donner issue au pus qui s'amasse derrière elles. Si, en voulant examiner l'œil, on a produit un ectropion, on replace de suite la paupière dans sa situation normale, en la saisissant avec les doigts à ses deux extrémités.

J. Ware, *Remarks on the ophthalmy, psorophthalmy and purulent eye of newborn children. London,* 1814.

2.° *Ophthalmie scrophuleuse.*

Les causes qui, chez un individu bien constitué, occasionnent une ophthalmie idiopathique, produisent, en agissant sur un scrophuleux, l'ophthalmie scrophuleuse, qui quelquefois aussi n'est qu'un symptôme de la maladie constitutionnelle, et se développe alors sans autre cause connue.

Cette ophthalmie, qui de toutes les inflammations de l'œil est la plus fréquente, affecte les glandes de Meibomius, la conjonctive et la cornée, d'où l'inflammation peut s'étendre aux autres membranes de l'œil.

L'ophthalmie scrophuleuse présente trois variétés, suivant que l'inflammation se borne aux glandes de Meibomius (*blépharadénite scrophuleuse*), ou qu'elle affecte la conjonctive (*conjonctivite scrophuleuse*), ou enfin qu'elle a son siége dans la cornée (*cornéite* ou *kératite scrophuleuse*). Quelquefois toutes ces parties sont malades en même temps.

La *première variété* se manifeste par de la démangeaison, de la rougeur, de la tuméfaction au bord des paupières; en renversant les paupières en dehors, on sent et l'on voit même les glandes de Meibomius tuméfiées et dures. Elles sécrètent du mucus en plus grande abondance; celui-ci forme des croûtes entre les cils et colle les paupières pendant la nuit. Lorsque la maladie fait des progrès, les

bulbes des cils s'affectent; ces derniers tombent ou restent attachés aux croûtes quand on enlève celles-ci; ils se reproduisent souvent, mais alors ils sont ordinairement plus fins et prennent quelquefois une direction vicieuse. Tout le bord des paupières est d'un rouge vif et sécrète du mucus purulent, et lorsque le malade n'a pas la précaution d'enlever souvent les croûtes qui en résultent, de petites ulcérations se forment au-dessous. Quelquefois aussi la sécrétion s'arrête et un endurcissement du bord des paupières s'ensuit. Ces symptômes sont toujours accompagnés de larmoiement, et d'une difficulté plus ou moins grande de supporter l'impression de la lumière.

La *seconde variété*, ou l'*inflammation scrophuleuse de la conjonctive* (fig. 5), est caractérisée par l'injection des vaisseaux de cette membrane, qui, réunis au nombre de trois, quatre et même plus, forment des paquets plus ou moins pyramidaux, dont la base est dirigée vers les paupières, et dont le sommet se trouve au bord de la cornée ou sur cette membrane même; à ce sommet l'on remarque une petite *phlyctène* ou *pustule*, qui crève et donne lieu à un ulcère de la cornée, lequel, en faisant des progrès, peut percer cette tunique et occasioner l'écoulement de l'humeur aqueuse et la procidence de l'iris. Les phlyctènes donnent lieu généralement à des ulcères plus étendus, mais superficiels, tandis

que ceux occasionés par les pustules sont plus profonds et percent facilement la cornée. Quelquefois la pustule ne s'ouvre pas à l'extérieur, et le pus fuse entre les lames de la cornée pour s'amasser à la partie inférieure de cette membrane (*onyx*), ou la pustule s'agrandit, se change en abcès qui perce la membrane de l'humeur aqueuse, et le pus s'épanche dans la chambre antérieure pour y occasioner un hypopyon. Quelquefois aussi on voit la phlyctène naître au bord de la cornée, puis avancer sur cette membrane, toujours suivie du paquet de vaisseaux injectés, et continuer à marcher ainsi jusqu'à ce qu'elle soit arrivée au bord opposé de la cornée; alors la phlyctène et l'injection des vaisseaux sanguins diminuent et disparaissent, ne laissant après elles qu'un léger obscurcissement de la cornée, qui indique la marche de la phlyctène et la direction qu'avaient les vaisseaux injectés. Dans certains cas les vaisseaux injectés de la conjonctive dépassent de tous côtés le bord de la cornée, et forment au devant de cette membrane un réseau vasculaire qu'on a appelé *pannus*, et qui, selon sa densité, obscurcit ou abolit la vue.

Un symptôme constant de l'inflammation scrophuleuse de la conjonctive, c'est une photophobie très-intense, d'où naît un spasme des paupières quelquefois assez fort pour résister aux tentatives que fait le médecin d'entr'ouvrir les paupières. Cette

photophobie n'est nullement en rapport avec l'intensité de l'inflammation, et l'on voit des enfans dont la conjonctive est très-peu injectée et qui cependant se réfugient dans le coin le plus obscur, se bandent les yeux et tiennent encore les mains devant la bande, afin d'intercepter le moindre rayon lumineux.

La *troisième variété*, ou *inflammation scrophuleuse de la cornée* (fig. 6), commence par du larmoiement, de la photophobie, une légère injection de la conjonctive; puis on voit un cercle de vaisseaux très-déliés passer par-dessus le bord de la cornée, celle-ci perdre son éclat, prendre une teinte cendrée, des exsudations sous forme de points blanchâtres se manifester entre les lames de la cornée, augmenter d'étendue et priver le malade de la vue; ou bien des abcès se former dans la cornée et se terminer par des ulcères ou une fistule de cette membrane, par l'hypopyon, la procidence de l'iris.

Un caractère propre à toutes les ophthalmies scrophuleuses, c'est que les exacerbations ont lieu le matin et la rémission le soir. Le contraire a lieu dans les autres ophthalmies. La grande difficulté de supporter l'impression de la lumière, la disposition des vaisseaux sanguins de la conjonctive réunis en paquets et terminés sur la cornée ou au bord de cette membrane par des phlyctènes ou des

pustules, la constitution scrophuleuse du malade, servent également à faire reconnaître l'ophthalmie scrophuleuse.

Cette maladie se complique fréquemment de l'ophthalmie catarrhale, ou plutôt cette dernière se développe chez des individus scrophuleux et prend plus ou moins le caractère d'ophthalmie scrophuleuse. Souvent alors l'ophthalmie catarrhale s'accompagne d'une photophobie intense, sans que la disposition des vaisseaux soit celle de l'ophthalmie scrophuleuse.

L'ophthalmie scrophuleuse est une maladie très-opiniâtre, ce qui tient à la difficulté qu'on éprouve de guérir la maladie générale. Aussi long-temps que les scrophules persistent, l'ophthalmie ou bien résiste aux moyens que nous employons pour la combattre, ou bien, lorsqu'elle cède, ce n'est que temporairement et le malade reste exposé aux rechutes. L'inflammation scrophuleuse des glandes de Meibomius est la moins grave des trois variétés, elle ne menace pas la vue; tandis que l'inflammation de la conjonctive peut détruire la vue par suite d'un pannus ou d'un ulcère de la cornée, qui laisse à sa suite l'adhérence de l'iris à la cornée et une cicatrice indélébile à cette dernière membrane. L'inflammation scrophuleuse de la cornée peut priver le malade de la vue, lorsque les exsudations sont situées dans la partie moyenne de cette tunique, en face de la pu-

pille, ou que la suppuration obscurcit ou détruit la cornée.

Traitement. L'indication principale dans le traitement de l'ophthalmie scrophuleuse, est de combattre la maladie qui y a donné lieu, c'est-à-dire les scrophules, afin de guérir le malade radicalement, et par conséquent de le soustraire aux rechutes. Mais comme il faut toujours un temps considérable pour guérir la maladie scrophuleuse, qui résiste même trop souvent à tous nos efforts, et qu'en attendant l'œil pourrait être détruit ou fortement endommagé par l'inflammation, nous sommes obligés d'agir directement contre l'ophthalmie en même temps que nous combattons la maladie générale, d'employer par conséquent un traitement général et un traitement local.

Le traitement général de la maladie scrophuleuse varie dans les différens individus et dans les différens degrés de la maladie; l'emploi judicieux des moyens hygiéniques en forme la base. Je ne m'arrêterai pas à ce traitement général, il se trouve décrit dans tous les traités de pathologie et de thérapeutique, et plus en détail encore dans les monographies sur la maladie scrophuleuse.

Quant au traitement local de l'ophthalmie scrophuleuse, fort souvent nous sommes obligés de le diriger d'abord contre un symptôme de la maladie, le spasme des paupières; symptôme généralement

peu grave, mais très-alarmant pour les parens, et qui nous empêche souvent de voir dans quel état se trouve le globe de l'œil. La première chose à faire pour combattre ce spasme des paupières, c'est de sortir le malade de l'obscurité profonde dans laquelle il se tient ordinairement; d'ôter les linges avec lesquels il se bande les yeux, et de n'abriter ces organes que par une compresse fixée au front et retombant sur les yeux ou par un garde-vue; d'empêcher aussi que les enfans ne cachent leurs yeux dans les coussins du lit ou ne les tiennent fermés avec les mains. Au commencement on éprouve de la difficulté à faire exécuter ces mesures, les enfans criant beaucoup; mais quand à force de persévérance on y est parvenu, on ne tarde pas à en voir les bons effets. Aussi long-temps que les individus affectés d'ophthalmie scrophuleuse avec spasme des paupières restent dans l'obscurité, la maladie ne fait qu'empirer, malgré tous les moyens que nous pouvons mettre en usage. Dans les cas où il existe beaucoup d'irritation, l'application de quelques sangsues derrière les oreilles et de fomentations froides sur les yeux, enlève quelquefois le spasme des paupières. Ces fomentations doivent être faites sans interruption pendant au moins une demi-heure, et répétées deux ou trois fois par jour; elles seraient cependant nuisibles, s'il y avait une sécrétion muqueuse abondante au bord des paupières, ou une éruption

teigneuse ou dartreuse sur la peau palpébrale, ou si le malade était sujet aux affections rhumatismales. Lorsque ces moyens ne sont pas indiqués ou que la maladie a passé à un état plus chronique, on combat le spasme des paupières par les révulsifs, les narcotiques et les antispasmodiques. Parmi les révulsifs, on se sert de préférence du vésicatoire, et surtout de l'onguent ou de l'emplâtre stibiés, qui provoquent l'éruption de pustules; on emploie l'onguent en frictions à la nuque ou le long de la colonne vertébrale; l'emplâtre s'applique à la nuque. Ces révulsifs sont principalement indiqués dans les cas où l'ophthalmie et le spasme des paupières se sont manifestés à la suite de la guérison trop subite d'une teigne, d'une dartre humide, ou sont occasionés par une maladie éruptive qui affecte les paupières.

Les narcotiques s'emploient à l'intérieur et à l'extérieur. Intérieurement on donne surtout l'extrait de ciguë à la dose d'un demi-grain à deux grains par jour, suivant l'âge du malade, en augmentant la dose jusqu'à ce qu'on ait atteint celle de dix à quinze grains par jour, à moins que le médicament ne produise de bons effets plus tôt, ou n'occasionne le narcotisme. A l'extérieur on se sert de la belladone, de la jusquiame, de la laitue vireuse: on emploie l'infusion de ces herbes en fomentations, ou bien l'on fait dissoudre leur extrait dans de l'eau, dont on instille quelques gouttes dans l'œil plusieurs fois par jour,

ou l'on incorpore ces extraits dans un onguent avec lequel on enduit les paupières. Ordinairement on ajoute à ces narcotiques un moyen dirigé plus particulièrement contre l'inflammation scrophuleuse de l'œil : c'est ainsi qu'on se sert d'une pommade composée de précipité blanc de mercure, quatre grains; extrait de belladone, dix grains; axonge, un gros; dont on enduit la surface extérieure des paupières deux ou trois fois par jour; ou d'une solution de six grains de pierre divine ou de sulfate de zinc, et de dix grains d'extrait de laitue vireuse dans quatre onces d'eau, pour faire des instillations dans les yeux deux ou trois fois par jour : ce dernier moyen m'a surtout réussi dans les ophthalmies scrophuleuses qui se manifestent à la suite de la rougeole. M. Kopp, de Hanau[1], a retiré des avantages de l'emploi de la teinture de galbanum, avec laquelle on humectait des compresses qu'on appliquait sur les yeux; et le professeur Fischer, de Prague[2], a employé avec succès une teinture préparée avec le suc des racines du *bignonia catalpa.* Enfin, on a mis en usage contre ce spasme des paupières les antispasmodiques les plus énergiques, la valériane, le musc, l'*asa fœtida*, etc., tant à l'intérieur qu'en lavement. Le grand nombre de moyens proposés

---

1 J. H. Kopp, *Beobachtungen im Gebiete der ausübenden Heilkunde. Frankfurt a. M.*, 1821.

2 J. N. Fischer, *Klinischer Unterricht, etc.*, pag. 273.

prouve combien ce spasme est quelquefois opiniâtre; quel que soit celui de ces remèdes qu'on mette en usage, on fait bien d'employer en même temps les bains tièdes, dans lesquels on a fait infuser du son, de la semence de foin, ou des feuilles de noyer. Ces bains, l'onguent ou l'emplâtre stibiés, le collyre ou la pommade ophthalmique indiqués plus haut, et à l'intérieur la poudre de Plummer (composée de parties égales de mercure doux et de soufre doré d'antimoine), à la dose d'un demi-grain à deux grains deux ou trois fois par jour, constituent le traitement qui m'a presque constamment réussi.

Les moyens locaux, dirigés contre l'ophthalmie scrophuleuse elle-même, sont en grand nombre. Les applications de sangsues et les fomentations froides sont indiquées dans les cas rares où il y a beaucoup d'irritation et une inflammation très-vive; mais bien plus souvent ces moyens sont inutiles ou nuisibles, et l'on fait mieux d'appliquer à l'œil des compresses légèrement chauffées, et d'instiller dans l'œil, deux ou trois fois par jour, une solution bien faible de sublimé corrosif, à laquelle on ajoute du laudanum. Quelquefois ce collyre cause de l'irritation; on en suspend alors l'usage et on se borne aux compresses chauffées.

Lorsque des croûtes se forment au bord des paupières entre les cils, on les ramollit fréquemment

avec une éponge trempée dans de l'eau tiède, et on les détache avec une aiguille. Tous les soirs, ou même matin et soir, on enduit le bord des paupières d'une pommade faite avec un ou deux grains de précipité rouge de mercure et un gros d'axonge. C'est aussi dans ces cas d'engorgement du bord des paupières et des glandes de Meibomius, qu'on peut avoir recours à l'iode, quoique ce moyen échoue souvent; on lavera plusieurs fois par jour les yeux avec une solution d'un demi-grain ou un grain d'iode dans trois à quatre onces d'eau, ou bien l'on touchera une fois par jour le bord des paupières avec la solution iodurée rubéfiante de M. Lugol; ce dernier moyen ne doit cependant être employé que dans les cas très-chroniques. Conjointement avec les autres moyens on emploie avec avantage les révulsifs, surtout quand la sécrétion muqueuse est considérable. Lorsque les glandes de Meibomius et le bord des paupières tendent à l'endurcissement, l'application de cataplasmes émolliens, auxquels on ajoute de l'herbe de ciguë ou du camphre, empêche quelquefois encore cette terminaison, qui est principalement produite par l'emploi de remèdes trop astringens, qui suppriment la sécrétion muqueuse subitement, d'où peut même résulter une faiblesse de la vue difficile à guérir.

L'inflammation scrophuleuse de la conjonctive se dissipe souvent par suite de l'usage de la solution de

sublimé corrosif. Si la maladie reste stationnaire ou fait des progrès, on emploie avec avantage une pommade de précipité blanc, dont on enduit les paupières. Si des phlyctènes ou des ulcères se forment à la cornée, on les touche une fois par jour ou tous les deux jours avec un pinceau trempé dans du laudanum, et on fait usage en même temps, soit de la pommade de précipité blanc, soit d'une solution de pierre divine ou de sulfate de zinc, à laquelle on ajoute beaucoup de laudanum, et dont on instille quelques gouttes dans l'œil plusieurs fois par jour; on y ajoute de l'extrait de belladone dans les cas où l'ulcère aurait percé la cornée, et où l'iris ferait ou pourrait faire hernie par cette ouverture.

Lorsqu'un pannus s'est formé, on le touche, suivant la sensibilité plus ou moins grande de l'œil, soit avec du laudanum, soit avec des solutions astringentes, soit avec les pommades de précipité blanc ou rouge de mercure, et lorsqu'il ne cède pas et qu'on aperçoit de gros vaisseaux variqueux sur la surface antérieure de l'œil, on les coupe près du bord de la cornée, ou on excise une partie de la conjonctive qui les contient.

L'inflammation scrophuleuse de la cornée exige les mêmes remèdes que les autres variétés, et surtout la solution de sublimé et les pommades de précipité blanc ou rouge, qui favorisent mieux que les autres moyens la résorption de la lymphe exsudée

entre les lames de la cornée : c'est aussi dans cette variété de l'ophthalmie scrophuleuse, ainsi que dans l'inflammation scrophuleuse des glandes de Meibomius, qu'on retire le plus d'avantages de la révulsion faite au moyen de l'onguent ou de l'emplâtre stibiés ou des vésicatoires; tandis que ces révulsifs augmentent quelquefois l'inflammation scrophuleuse de la conjonctive.

Dans l'ophthalmie catarrhale scrophuleuse un collyre ou un onguent saturnin, l'application de compresses chauffées et des bains de pieds sinapisés, suffisent ordinairement pour dissiper la maladie.

R. Froriep, *Dissertatio medica de corneitide scrophulosa, etc. Jenæ*, 1830.

3.° *Ophthalmie érysipélateuse.*

L'inflammation érysipélateuse, ordinairement occasionée par des refroidissemens subits, se borne quelquefois à la conjonctive et constitue l'ophthalmie érysipélateuse, qui est caractérisée par une rougeur pâle et une flaccidité particulière de la conjonctive; cette membrane présente des bosselures comme formées par des bulbes, qui changent de place et de figure par suite des différens mouvemens du globe de l'œil et des paupières : il n'existe que peu de douleurs et de photophobie, et la sécrétion muqueuse des glandes de Meibomius n'est que légèrement aug-

mentée. L'inflammation érysipélateuse peut s'étendre de la conjonctive aux paupières, ou se déclarer en même temps à ces deux parties; quelquefois aussi on a vu l'érysipèle des paupières s'étendre à la conjonctive. Dans certains cas la rougeur est presque nulle, quoique la conjonctive s'élève en bulles; c'est là ce que quelques auteurs appellent *Œdème de la conjonctive.*

L'ophthalmie érysipélateuse est peu grave; la rougeur et le relâchement de la conjonctive se dissipent dans l'espace de quelques jours, si le malade se tient dans un air pur et d'une température douce et égale, s'il entretient la liberté du ventre, et s'il applique à l'œil d'abord des compresses chauffées, et plus tard des sachets aromatiques ou camphrés.

4.° *Ophthalmie varioleuse.*

Chez les individus affectés de petite vérole, des pustules varioleuses se développent quelquefois sur le bord des paupières et même sur le globe de l'œil. Dans des cas plus rares les pustules du globe de l'œil ne se manifestent que lorsque l'éruption générale a déjà parcouru ses périodes et a disparu complétement.

Lorsque les pustules occupent le bord des paupières, elles s'accompagnent d'une rougeur vive de la conjonctive, de larmoiement et de photophobie.

Ces pustules suivent la même marche que celles des autres parties du corps; elles détruisent ordinairement les bulbes des cils, occasionnent par conséquent l'alopécie des paupières, et laissent après elles des cicatrices qui restent rouges, ou qui le redeviennent du moins très-facilement par l'influence des changemens dans l'atmosphère, ou de l'exercice trop prolongé de la vue. Chez les individus cachectiques l'inflammation varioleuse du bord des paupières est quelquefois suivie de l'endurcissement de ce bord, ou d'une sécrétion muqueuse trop abondante, qui s'étend même aux voies lacrymales et devient souvent habituelle.

Lorsque les boutons varioleux se développent sur la sclérotique ou sur la cornée, ils se manifestent d'abord par la direction que prennent les vaisseaux injectés de la conjonctive vers le point où la pustule se forme; dans cet endroit on remarque, s'il se trouve sur la sclérotique, une élévation qui se transforme en pustule, puis crève et laisse à sa place un petit ulcère; si le bouton siége sur la cornée, il s'annonce par une tache blanche qui se change en pustule, laquelle peut s'ouvrir, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, soit des deux côtés à la fois, et donner lieu à un ulcère de la cornée, à l'hypopyon, à la procidence de l'iris. L'inflammation s'étend aussi quelquefois à l'iris; alors les douleurs augmentent, ainsi que la photophobie, et des adhérences se for-

ment entre cette membrane et la cornée; de là ces staphylomes qu'on observe si fréquemment chez ceux qui ont perdu la vue par suite de l'ophthalmie varioleuse.

Le traitement de cette ophthalmie consiste d'abord dans le traitement général de la variole, ensuite dans l'emploi de remèdes locaux. Si l'inflammation est forte, on a recours aux sangsues; si elle ne l'est pas, on applique de suite un vésicatoire à la nuque, on fait des fomentations froides sur l'œil pour empêcher les pustules de se développer, et on enlève les croûtes qui collent les paupières au moyen d'une éponge trempée dans de l'eau tiède ou un liquide émollient. La chambre du malade doit être obscurcie, pour ne pas augmenter l'inflammation. Quand les pustules se forment, on abandonne l'usage des fomentations froides, qui ne pourraient plus alors qu'en retarder le développement; on leur substitue des compresses chauffées appliquées sur l'œil, et on donne à l'intérieur des dérivatifs sur le canal intestinal. Dès que les pustules se sont ouvertes, on fait usage d'un collyre astringent, surtout d'une solution de pierre divine, à laquelle on ajoute du laudanum; ou bien on touche les ulcères avec un pinceau trempé dans du laudanum. Si la sécrétion muqueuse est très-abondante et tend à devenir habituelle, on la combat par les pommades de précipité blanc ou rouge, de tutie.

Si l'ophthalmie persiste après la guérison de la maladie principale, on emploie avec beaucoup de succès, outre les remèdes locaux, un mélange de calomel et de soufre doré d'antimoine, de chaque une partie, et deux parties de poudre de ciguë; et on en donne deux fois par jour de deux à six grains, suivant l'âge du malade.

5.° *Ophthalmies morbilleuse et scarlatineuse.*

La rougeole et la scarlatine sont souvent, la première presque constamment, précédées et accompagnées d'une irritation des yeux, qui peut devenir assez forte pour constituer une maladie à part. Cette ophthalmie a son siége dans la conjonctive et la sclérotique, quelquefois dans la scarlatine l'inflammation s'étend même à l'iris.

Les principaux symptômes des ophthalmies morbilleuse et scarlatineuse, sont d'abord la rougeur de la conjonctive et de la sclérotique, le larmoiement, la photophobie; puis l'apparition sur la cornée de quelques places plus luisantes, qui deviennent bientôt ternes et sur lesquelles s'élèvent des phlyctènes qui, en crevant, se changent en ulcères, dont le pus peut fuser entre les lamelles de la cornée et y former un onyx.

Ces ophthalmies sont généralement peu graves; mais elles peuvent occasioner des taches à la cornée,

et même menacer la vue si l'inflammation s'étend à l'iris.

Le plus souvent les ophthalmies morbilleuse et scarlatineuse n'exigent aucun traitement; elles se dissipent en même temps que la maladie qui leur a donné naissance : mais si l'inflammation est trop forte, on la combat par l'usage des sangsues et d'un vésicatoire à la nuque. Au commencement on n'applique rien à l'œil, qu'on se borne à ombrager; mais lorsque l'ophthalmie a duré depuis quelque temps, que la rougeole et la scarlatine sont sur leur déclin, on favorise la résolution de l'ophthalmie par l'application de compresses chauffées ou de sachets aromatiques, et par l'instillation d'une solution de pierre divine ou de sublimé corrosif; et s'il existe des ulcères, on les touche avec le laudanum.

Je ne parlerai pas des ophthalmies qui se développent après la disparition de la rougeole et de la scarlatine; ce sont des ophthalmies scrophuleuses, qui ne présentent rien de particulier, et sont quelquefois le premier symptôme d'une maladie scrophuleuse qui va se déclarer.

6.° *Psorophthalmie* (*ophthalmie psorique*).

La suppression brusque de la gale, et plus souvent encore le contact de la lymphe contenue dans les boutons de gale avec les paupières, donnent nais-

sance à l'ophthalmie psorique, qui est caractérisée par une démangeaison très-vive au bord des paupières, accompagnée de tuméfaction et de rougeur de ce bord, sur lequel se développent ensuite de petites vésicules, qui crèvent et se changent en ulcères sanieux. Ces ulcères occasionnent des douleurs brûlantes et se couvrent de croûtes, qui collent ensemble les cils. La maladie s'étend peu à peu à la peau de la paupière et à la conjonctive, qui toutes deux se couvrent d'ulcères, de gerçures, d'inégalités plus ou moins endurcies, lesquels donnent à la conjonctive l'aspect que présente une figue fraîche coupée, d'où la maladie a été appelée *palpebra ficosa*, *ficositas;* état qui en outre a reçu les noms de *dasyma*, *dasytes*, *scleriasis*, *sycosis*, *trachoma*, *tylosis*. L'inflammation s'étend à la conjonctive oculaire, et un pannus en est quelquefois la suite. Si la maladie n'est pas arrêtée dans sa marche, les ulcères deviennent de plus en plus profonds, détruisent les bulbes des cils, les commissures des paupières, déforment le cartilage tarse, et donnent lieu par là au trichiasis, à l'entropion, à l'ectropion. Si les ulcères guérissent, les cicatrices restent souvent rouges et très-sensibles.

Le traitement de la psorophthalmie est local ou général : le premier suffit dans les cas où la maladie a été occasionée par le contact des yeux avec la matière psorique d'un autre individu; tandis que

le traitement général de la gale est nécessaire, lorsque celle-ci se manifeste non-seulement aux yeux, mais aussi sur d'autres parties du corps, ou que l'ophthalmie s'est déclarée par suite de la disparition de l'éruption à la peau. Dans ce dernier cas on tâche de faire reparaître les boutons aux parties primitivement affectées, en y inoculant la gale; ou du moins on y excite une éruption pustuleuse par des frictions avec l'onguent stibié.

Lorsque la psorophthalmie est à son début, on réussit quelquefois à l'arrêter au moyen d'un vésicatoire à la nuque et de lotions saturnines; ces dernières doivent cependant être abandonnées dès qu'on voit des pustules se former : alors l'usage d'une solution de sublimé corrosif, avec un peu de laudanum, hâte la suppuration et favorise la cicatrisation. Lorsque des ulcères existent, on les fomente avec une infusion de rhue, de sauge ou de scordium, à laquelle on ajoute, lorsque la tension et les vives douleurs sont passées, du foie de soufre, à la dose d'un à deux gros par livre d'infusion. Si les ulcères tardent à se cicatriser, on les enduit chaque soir d'un onguent de précipité blanc, et on peut même les toucher avec la pierre infernale. Pour enlever la rougeur et la sensibilité des pellicules qui prennent la place des ulcères, on emploie des pommades préparées avec de la tutie ou de l'acétate de plomb. Pendant tout le cours du traitement, la plus grande propreté

est indispensable; les croûtes doivent être enlevées avec précaution, et si l'on voit des cils qui prennent une mauvaise direction, on les arrache aussitôt.

7.° *Ophthalmie dartreuse ou herpétique.*

La suppression des dartres peut occasioner une inflammation de la conjonctive, qui cependant ne présente point de caractère particulier, si ce n'est qu'on remarque quelquefois des taches d'un gris jaunâtre sur cette membrane.

Pour guérir cette maladie, on tâche de rétablir les dartres à la peau au moyen de vésicatoires; puis on emploie le traitement général des dartres, et si l'ophthalmie persiste, on la combat par des collyres légèrement astringens.

Chez les enfans scrophuleux il arrive quelquefois que la croûte de lait s'étend au front et aux paupières, et qu'il en résulte une inflammation de la conjonctive, qui prend alors les caractères de l'ophthalmie scrophuleuse, et qu'on traite comme telle si elle persiste après la disparition de la croûte de lait des paupières : on obtient la guérison de cette dernière par les moyens en usage contre la croûte de lait du cuir chevelu.

8.° *Ophthalmie rhumatismale.*

Chez les individus sujets aux rhumatismes, les changemens brusques dans la température de l'atmosphère et les refroidissemens du corps provoquent quelquefois une inflammation de la sclérotique, de la cornée et de la membrane de Demours; inflammation qui peut s'étendre au ligament ciliaire et à l'iris, et qui s'accompagne presque toujours de l'injection de la conjonctive autour de la cornée, avec ou sans développement de phlyctènes et d'ulcères superficiels sur cette dernière tunique.

La photophobie est grande et la vue est troublée, lors même que la cornée est claire; le larmoiement est considérable; la conjonctive palpébrale et les glandes de Meibomius ne sont point affectées; aussi les paupières ne se collent-elles pas ensemble.

Les symptômes locaux de l'ophthalmie rhumatismale ressemblent beaucoup à ceux de l'inflammation idiopathique de la sclérotique, de la cornée et de la membrane de Demours; aussi est-ce plutôt par les symptômes généraux que ces maladies se distinguent. Ce qui caractérise l'ophthalmie rhumatismale, ce sont les douleurs très-vives dans l'œil, le front et toute la tête; douleurs qui changent facilement de siége, et s'exaspèrent le soir, surtout au lit, pour durer jusque vers minuit et disparaître alors, ou du moins diminuer notablement. Les dou-

leurs sont beaucoup augmentées par la chaleur du duvet ou des plumes.

Les terminaisons et les suites de l'ophthalmie rhumatismale sont les mêmes que celles de l'inflammation idiopathique des parties affectées.

On guérit l'ophthalmie rhumatismale légère en donnant au malade de légers laxatifs, des infusions diaphorétiques, et en lui appliquant un vésicatoire à la nuque : on fait précéder ces moyens de l'application de sangsues, lorsque l'ophthalmie est intense. La maladie persiste-t-elle, on ajoute aux moyens précédens l'emploi de sachets aromatiques ou camphrés, et l'on touche les ulcères de la cornée avec du laudanum. Ce qu'il faut surtout éviter dans cette maladie, c'est d'appliquer à l'œil des substances liquides; celles-ci augmentent toujours la maladie : il n'y a que le laudanum qui puisse servir, et encore n'est-ce que dans les cas d'ulcères de la cornée.

Les douleurs sont quelquefois tellement vives, que nous sommes forcés de les combattre par des frictions opiacées, ou par les narcotiques sous forme d'emplâtre ou employés suivant la méthode endermique; tous ces moyens s'appliquent à la région susorbitaire, siége principal de la douleur. Le malade se trouvera soulagé aussi, en se servant d'un oreiller en crin à la place de celui en duvet.

J. Sichel, Propositions gén. sur l'ophthalmologie, suivies de l'histoire de l'ophthalmie rhumatismale. Paris, 1833.

9.e *Ophthalmie arthritique.*

Parmi les inflammations de l'œil, l'ophthalmie arthritique est une des plus graves; elle affecte tantôt des individus qui sont sujets à des accès de goutte, tantôt elle se manifeste chez des personnes disposées seulement à cette maladie, dont l'ophthalmie constitue alors le premier accès.

Les causes prédisposantes de l'arthritis en général, sont aussi celles qui disposent à l'ophthalmie arthritique : cette dernière est occasionée tantôt par les mêmes influences qui peuvent déterminer un accès de goutte, comme refroidissemens, indigestions, etc.; tantôt par les causes qui, chez les individus bien portans, occasionnent des ophthalmies idiopathiques; tantôt par la métastase de l'inflammation goutteuse, cette dernière disparaissant de l'articulation affectée pour se porter sur l'œil.

L'ophthalmie arthritique se manifeste sous trois aspects différens, selon qu'elle a son siége primitif ou dans l'iris, ou dans les parties profondes de l'œil, et spécialement dans le corps vitré, ou, enfin, dans la conjonctive, qu'elle affecte comme l'ophthalmie purulente.

La *première variété* ou l'*iritis arthritique* (fig. 7) présente les symptômes suivans : légère tuméfaction et rougeur du bord des paupières, sur lequel on remarque un mucus écumant, ressemblant à du

blanc d'œuf fouetté; injection de la sclérotique et de la conjonctive qui la recouvre; les vaisseaux de ces deux membranes se dirigent vers la cornée, qu'ils n'atteignent cependant pas, mais autour de laquelle ils forment un cercle vasculeux très-fin, qui est séparé du bord de la cornée par un anneau blanc bleuâtre très-étroit. La cornée est tantôt claire, tantôt légèrement terne. L'iris est immobile, sa couleur est altérée; la pupille rétrécie, anguleuse. La photophobie est très-intense : il y a du larmoiement et des douleurs très-violentes, qui s'étendent de l'œil à toute la tête et reviennent par accès. C'est pendant ces accès de douleurs, que des exsudations se manifestent au bord de la pupille; elles peuvent devenir assez considérables pour abolir la vue, qui est déjà troublée avant leur apparition. Lorsque la maladie a duré depuis quelque temps, la sclérotique prend une teinte violette ou bleuâtre, surtout là où elle correspond au ligament ciliaire; des mouvemens fébriles se font sentir alors; fréquemment cependant ils se manifestent plus tôt.

L'inflammation arthritique de l'iris dure quelques semaines, et se termine rarement par résolution, mais plus souvent par exsudation; quelquefois elle s'étend à la cornée, y occasionne des ulcères et par suite la perte de la vue, ou bien elle s'empare du globe de l'œil, se change en *ophthalmitis*, qui alors suit la même marche que l'inflammation idiopathique du globe de l'œil.

La *seconde variété* de l'ophthalmie arthritique (fig. 8), celle qui affecte les parties profondes de l'œil, la choroïde, la rétine, le corps vitré et le crystallin, et qui ne s'observe guères que chez des individus depuis long-temps sujets à la goutte, se manifeste d'abord par des douleurs violentes dans le fond de l'orbite, qui augmentent et s'étendent par l'effet des changemens de température; peu à peu la sclérotique prend une teinte violette, qui est d'autant plus prononcée qu'elle approche de la cornée : cette dernière membrane perd son éclat, l'iris est immobile; la pupille est dilatée et prend la forme d'un ovale couché, ce qui la fait ressembler à la pupille des ruminans; le corps vitré se trouble, devient verdâtre; la vue diminue fortement. Lorsque la maladie fait des progrès, les vaisseaux de la choroïde deviennent variqueux, produisent des bosselures à la sclérotique, amincissent cette tunique; le crystallin se trouble et prend également la teinte verdâtre du corps vitré : ces parties se tuméfient, le crystallin pousse l'iris en avant; celle-ci paraît déchirée, et se réduit à la fin à une petite bandelette : la vue se perd complétement.

Cette variété de l'ophthalmie arthritique commence le plus souvent à l'œil gauche, et ne se communique que plus tard à l'œil droit; elle suit une marche très-lente, peut durer des années entières, se termine presque toujours par la perte de

15

la vue, et constitue alors ce qu'on a nommé *glaucôme*.

L'une et l'autre variété de l'ophthalmie arthritique se terminent quelquefois par l'atrophie du globe de l'œil.

Enfin, l'ophthalmie arthritique se déclare quelquefois sous forme d'*ophthalmie purulente*, à la suite de la suppression de la goutte dans une articulation. La maladie suit alors la marche que nous avons décrite à l'article *Ophthalmie purulente*.

D'après la description que nous venons de donner de l'ophthalmie arthritique, on voit que c'est une maladie extrêmement grave, qui, dans un grand nombre de cas, endommage la vue ou la détruit complétement. La première variété, ou l'iritis arthritique, présente encore le plus de chances de guérison; la seconde est la plus fâcheuse, non-seulement à cause de la gravité du mal, mais aussi par la négligence des malades, qui très-souvent ne consultent le médecin que lorsque la maladie est au-dessus des ressources de l'art. L'ophthalmie purulente arthritique est la variété qui détruit l'œil le plus vite; cependant elle peut être guérie lorsqu'on est appelé assez tôt, et qu'on parvient à faire reparaître l'affection locale dont la suppression a occasioné l'ophthalmie.

Le traitement de l'ophthalmie arthritique doit être principalement dirigé contre la maladie générale, la goutte; aussi long-temps que celle-ci existera, le

malade sera toujours exposé aux récidives de l'ophthalmie, quand même on parviendrait à le débarrasser provisoirement de cette dernière.

Je ne parlerai point du traitement général de l'arthritis ; je me bornerai à dire que, pendant l'existence de l'ophthalmie, les antiphlogistiques, les dérivatifs et les diaphorétiques légers méritent la préférence, et qu'on ne doit recourir qu'après la cessation de l'ophthalmie aux moyens anti-arthritiques plus excitans, tels que le guajac, le soufre, les antimoniaux, à moins que l'ophthalmie ne soit très-chronique.

Lorsque la fièvre est forte, ou que l'inflammation de l'œil est aiguë, la saignée et les sangsues sont indiquées ; ces dernières, ou des ventouses scarifiées, suffisent dans les cas moins graves : on y joint l'usage des sels neutres ou du calomel. Dès que la fièvre est calmée, ou que l'inflammation suit une marche plus chronique, on a recours aux boissons et aux médicamens diaphorétiques, à l'infusion de fleurs de tilleul ou de sureau, à l'esprit de Mindererus, au tartre stibié en lavage ; et on emploie des révulsifs énergiques, tels que les bains de pieds sinapisés, les sinapismes, les vésicatoires, les cautères, le séton à la nuque.

Sur l'œil on n'applique que des compresses légèrement chauffées, et on garantit l'organe de l'impression de la lumière. Pour modérer les accès de

douleurs qui s'étendent au front et même à toute la tête, et pendant lesquels des exsudations se forment dans l'œil, on fait des frictions dans la région sus-orbitaire avec de l'opium ou de la morphine, auxquels on ajoute du calomel ou de l'onguent mercuriel, et de l'extrait de belladone dans les cas d'iritis qui tendent à se terminer par exsudation : on tâche d'obtenir par ces moyens la dilatation de la pupille, l'absorption de la lymphe exsudée, et la cessation des douleurs.

Lorsque la suppression d'un accès de goutte a occasioné une ophthalmie purulente, le seul moyen de sauver l'œil consiste à faire reparaître l'affection supprimée; à cet effet on applique des sinapismes ou des vésicatoires sur la partie primitivement affectée; on traite ensuite l'affection de l'œil comme il a été dit à l'article *Ophthalmie purulente.*

Le régime des malades doit être antiphlogistique lorsqu'il y a de la fièvre et que l'inflammation est aiguë. Dans les cas chroniques on a soin de conserver les fonctions digestives en bon état, de prévenir la constipation à laquelle les malades sont souvent disposés, et de leur interdire l'usage des spiritueux et en général de toutes les boissons qui déterminent des congestions vers la tête.

10.° *Ophthalmie syphilitique.*

Les maladies vénériennes se manifestent à l'œil sous trois formes, qui constituent trois maladies distinctes; ce sont l'iritis syphilitique, les ulcérations syphilitiques des paupières, et l'ophthalmie gonorrhoïque ou blennorrhagique.

a) *Iritis syphilitique* (Fig. 9).

Chez les individus affectés d'une maladie vénérienne constitutionnelle bien développée, l'iritis peut se déclarer sans cause connue; elle n'est alors qu'un symptôme de la maladie générale; le plus souvent cependant, et particulièrement chez les sujets dont la syphilis n'est pas bien violente ou en voie de guérison, l'iritis ne se manifeste que par suite d'une cause qui, chez un homme sain, aurait produit une ophthalmie idiopathique.

La maladie commence par des douleurs violentes qui ont leur siége dans le bord de l'orbite, reviennent tous les soirs, augmentent jusqu'à minuit, puis diminuent et disparaissent le matin. Dans la sclérotique, et le plus souvent aussi dans la conjonctive, il se développe un réseau vasculaire sous forme d'anneau rouge autour de la cornée, dont il touche le bord sans le dépasser. La cornée est terne, sur-

tout à sa partie inférieure; la couleur de l'iris est altérée, la pupille rétrécie, anguleuse, tirée vers en haut et en dedans. Lorsque la maladie fait des progrès, on voit apparaître quelquefois sur l'iris de petites tumeurs grises, jaunâtres ou rougeâtres, qu'on a nommées *condylomes;* plus souvent encore des exsudations se forment, surtout la nuit, pendant les accès de douleurs qui sont toujours accompagnés d'une photophobie plus forte et de larmoiement. Quelquefois aussi des abcès se développent dans l'iris. La vue est toujours fortement troublée, le malade croit avoir un brouillard épais devant les yeux.

Le pronostic de l'iritis syphilitique est assez favorable dans les cas où l'on est consulté de bonne heure; mais lorsque des exsudations se sont déjà formées dans la pupille, il est rare qu'on puisse entièrement rétablir la vue; souvent même alors les exsudations augmentent, et finissent par obstruer complétement la pupille ou provoquer l'adhérence de l'iris à la capsule du crystallin.

Le traitement de l'iritis syphilitique doit être général et local. Le premier, dirigé contre la maladie constitutionnelle, consiste dans l'emploi des antisyphilitiques; on choisit dans ce cas la méthode qui guérit le plus vite, afin de prévenir des altérations irréparables dans l'œil; aussi se sert-on de préférence du sublimé corrosif et du mercure doux,

surtout du premier. En même temps on met le malade à une diète très-sévère.

Le traitement de l'affection locale présente plusieurs indications. D'abord nous avons l'inflammation elle-même à combattre, ce qui se fait au moyen des saignées copieuses et répétées au besoin, des sangsues et des frictions autour de l'orbite avec l'onguent mercuriel. Ensuite les douleurs qui reviennent par accès tous les soirs, exigent une médication particulière qui en empêche le retour, et cela non-seulement parce qu'elles tourmentent beaucoup le malade, mais aussi parce que c'est pendant leur accès que se font les exsudations. Les moyens qu'on emploie à cet effet sont les sangsues lorsque la douleur est inflammatoire; dans les autres cas, les frictions dans la région susorbitaire avec de l'opium incorporé à de l'onguent mercuriel ou uni à du calomel. Enfin une dernière indication reste à remplir quand des exsudations se manifestent; il faudra alors empêcher celles-ci d'abolir la vue et tâcher de les faire réabsorber. Aussi, dès que la pupille se rétrécit et que nous pouvons craindre que l'exsudation ne se fasse, devons-nous employer les préparations de belladone ou de jusquiame, soit en frictions, soit en instillations dans l'œil, afin de dilater la pupille. Lorsque l'inflammation a cédé, mais a laissé des exsudations après elle, nous obtenons quelquefois la résorption de celles-ci par l'em-

ploi d'une pommade de précipité rouge, conjointement avec l'usage de la belladone ou de la jusquiame.

b) *Ulcérations syphilitiques des paupières.*

Ces ulcérations, qui occupent le plus souvent le bord des paupières, mais se rencontrent aussi à leurs faces externe et interne, commencent ordinairement par une petite dureté imitant la chalaze. Elles s'étendent ensuite et peuvent complétement détruire la paupière qui en est le siége.

Leur aspect extérieur varie comme celui des ulcères syphilitiques en général, et c'est moins à leur caractère propre qu'aux symptômes concomitans qu'on reconnaît la nature de la maladie.

Le traitement qui réussit le mieux à guérir ces ulcérations, consiste dans l'application de cataplasmes émolliens et dans un traitement mercuriel énergique.

c) *Ophthalmie gonorrhoïque* ou *blennorrhagique.*

Cette maladie est produite de deux manières différentes, ou par le contact des yeux avec la matière qui s'est écoulée de l'urètre ou du vagin d'un individu affecté de blennorrhagie, ou par la suppression brusque de l'écoulement blennorrhagique de l'urètre

ou du vagin, et le transport de l'inflammation à l'œil.

L'ophthalmie gonorrhoïque ne se distingue de l'ophthalmie purulente que par une plus grande violence et une marche plus rapide. Elle se manifeste par la rougeur et la tuméfaction de la sclérotique et de la conjonctive; cette dernière forme un bourrelet considérable autour de la cornée. Les paupières se tuméfient, principalement la supérieure, qui devient tellement volumineuse qu'elle ne peut plus être relevée, et qu'elle renverse en dehors la paupière inférieure, qui est quelquefois complétement cachée par la supérieure. Des mucosités d'abord, puis du pus, sont sécrétés en grande abondance par la conjonctive, et s'écoulent par torrens de dessous la paupière supérieure. Bientôt l'inflammation se propage à la cornée, y occasionne des ulcères qui donnent lieu à des cicatrices, à la procidence de l'iris, à l'écoulement des humeurs de l'œil, et par suite au trouble ou à la perte de la vue; ou bien l'inflammation s'empare du globe de l'œil entier et le détruit par la suppuration. Pendant tout le cours de l'ophthalmie le malade a du larmoiement, de la photophobie, des douleurs atroces dans l'œil et la tête, et une fièvre intense.

De toutes les inflammations de l'œil, l'ophthalmie gonorrhoïque est la plus grave, du moins c'est celle qui détruit l'organe dans le plus court espace de

temps; quelquefois, au bout de vingt-quatre heures de maladie, la vue est perdue sans retour. Heureusement que cette ophthalmie n'affecte le plus souvent qu'un œil. Dans les cas où elle est provoquée par la suppression de l'écoulement blennorrhagique, elle offre encore plus de chances de guérison que lorsqu'elle est la suite du contact des yeux avec la matière virulente. Mais lors même qu'on parvient à préserver l'œil de la destruction, il est cependant bien rare qu'il ne reste au moins une taie plus ou moins grande à la cornée.

Le traitement consiste au commencement dans l'emploi de la médication antiphlogistique dans sa plus grande étendue; l'artériotomie, les saignées au bras, les applications de sangsues, les fomentations froides, les boissons nitrées ou légèrement laxatives, les sels neutres, le calomel, les bains de pieds sinapisés. Lorsque l'écoulement muqueux commence à se faire, on remplace les fomentations froides par les collyres mucilagineux, émolliens, tièdes. On ajoute à ces collyres quelques grains d'acétate de plomb, de sulfate de zinc ou de pierre divine, et de la teinture d'opium lorsque l'inflammation a diminué d'intensité et que la cornée est ulcérée. A cette période de la maladie on emploie en outre l'application du laudanum pur sur l'ulcère de la cornée, les compresses chauffées sur l'œil, les vésicatoires à la nuque, et à l'intérieur on donne des

toniques aux malades qui sont faibles ou cachectiques. Un traitement qui réussit surtout lorsque la conjonctive est énormément tuméfiée et sécrète du mucus purulent en grande abondance, et que les antiphlogistiques ont déjà été employés, c'est celui que M. Dupuytren suit à l'Hôtel-Dieu, et qui consiste dans l'insufflation dans l'œil d'une pincée de calomel une ou deux fois par jour, conjointement avec l'instillation de quelques gouttes de laudanum tous les soirs.

On ne se borne pas à ces moyens chez les individus dont l'ophthalmie est la suite de la suppression de l'écoulement blennorrhagique; chez ceux-ci il est essentiel de faire reparaître cet écoulement aussitôt que possible, ce qu'on effectue le mieux au moyen d'une bougie qu'on enduit de la matière blennorrhagique d'un autre individu, et qu'on introduit dans l'urètre ou le vagin de celui affecté de l'ophthalmie. Dans les cas où l'on ne peut se procurer de ce virus, on enduit la bougie de la matière purulente qui s'écoule de l'œil, et qui jouit également de la propriété contagieuse, quoique à un moindre degré. Si la sécrétion purulente n'est pas encore établie dans l'œil, on remplace cette matière par des solutions concentrées de sublimé, de pierre infernale ou de potasse caustique, dont on enduit la bougie. Malheureusement tous ces moyens restent quelquefois sans effet, ou ne rétablissent l'écou-

lement des parties génitales que lorque l'œil est déjà perdu sans retour.

W. Lawrence, *A treatise on the venereal diseases of the eye. London,* 1830.

11.° *Ophthalmie scorbutique.*

Cette maladie, qui est très-rare, est occasionée, chez les scorbutiques, par les causes qui généralement provoquent les inflammations de l'œil : elle occupe tout le globe de l'œil, et se manifeste par la couleur violette de la sclérotique et de la conjonctive, l'aspect mat de la cornée, le trouble de l'humeur aqueuse, la décoloration et la tuméfaction de l'iris, l'affaiblissement de la vue. Plus tard les vaisseaux de la conjonctive et de la choroïde deviennent variqueux, occasionnent la difformité du globe de l'œil, la compression de la rétine et la perte de la vue. Des épanchemens de sang se font entre la conjonctive et la sclérotique, ou dans la chambre antérieure. Le larmoiement qui accompagne cette ophthalmie, est quelquefois sanguinolent. Les malades se plaignent aussi de photophobie, et ils présentent en outre tous les symptômes du scorbut.

L'ophthalmie scorbutique est une maladie très-grave, elle ne se dissipe qu'avec le scorbut lui-même, et comme la guérison de ce dernier est toujours plus ou moins lente, il arrive ordinairement que,

lorsque les moyens commencent à agir favorablement sur la maladie générale, la vue est déjà perdue.

Le traitement de l'ophthalmie scorbutique consiste dans l'emploi des moyens dirigés contre le scorbut. Sur l'œil lui-même on n'applique que des compresses chauffées; c'est la seule application que supportent les yeux affectés de cette ophthalmie.

12.° *Ophthalmie intermittente.*

On a vu des ophthalmies suivre une marche intermittente. Les inflammations présentaient différens caractères, et affectaient différens tissus de l'œil; le plus souvent cependant c'étaient des inflammations de la conjonctive, qui suivaient le type quotidien, tierce ou quarte.

Ces maladies sont faciles à reconnaître à l'absence complète de l'ophthalmie pendant l'intermission.

Le traitement est le même que celui des fièvres intermittentes ; le sulfate de quinine débarrasse promptement les malades de leur ophthalmie.

Outre les ophthalmies spécifiques dont j'ai parlé jusqu'à présent, quelques auteurs en admettent encore d'autres, telles que les *ophthalmies hémor-*

rhoïdale, *menstruelle*, *puerpérale*[1], etc. Ces ophthalmies ne présentent cependant rien de particulier; d'ailleurs, un médecin instruit aura toujours égard dans son traitement à la cause qui a occasioné l'ophthalmie : ainsi, lorsque cette maladie aura

---

[1] M. Le Pelletier de la Sarthe vient de décrire (Journal des connaiss. méd. chirurg., Nov. 1833, pag. 68), sous le nom d'*ophthalmie granuleuse* ou de *granulations de la cornée*, une maladie caractérisée par des granulations qui ne peuvent être vues qu'à la loupe et qui forment des papules grisâtres, cunéiformes, offrant le volume d'une pointe d'aiguille ou d'un très-petit grain de poussière, et s'accompagnant de picotemens, de photophobie et de larmoiement. Ces granulations sont tantôt la cause, tantôt l'effet des ophthalmies chroniques, et ne cèdent qu'à l'usage d'un collyre préparé avec quatre onces d'eau distillée, dix à vingt grains de calomel, et quinze à trente gouttes de laudanum, et d'insufflations de deux à six grains de calomel. — J'avoue ne pas encore avoir observé l'ophthalmie granuleuse de M. Le Pelletier, ni employé son traitement; jusqu'à présent j'ai toujours réussi par les moyens précédemment indiqués; je me propose cependant d'essayer, dans des cas rebelles, le collyre au calomel et les insufflations de cette substance. Récemment j'ai eu l'occasion d'observer le cas suivant, qui pourrait être rapproché de la maladie décrite par M. Le Pelletier. Une bonne d'enfant, d'une constitution lymphatique, présentait sur la cornée gauche trois granulations, vers lesquelles se dirigeaient des vaisseaux sanguins; la plus grande de ces tumeurs avait les dimensions d'un grain de millet et une dureté cartilagineuse; les deux autres étaient plus petites. M. le professeur Ehrmann excisa la première, et tous les symptômes morbides, y compris les deux petites granulations, se dissipèrent rapidement.

été produite par la suppression d'un flux hémorrhoïdal, des règles, des lochies, de la sécrétion du lait, le médecin ne fatiguera pas le malade par des collyres, des onguens et autres moyens locaux; il se bornera à faire des fomentations froides sur les yeux, si le cas l'exige, et il dirigera sa principale attention sur la cause occasionelle de l'ophthalmie, sur la suppression du flux, qu'il tâchera de rétablir.

Je n'ai pas non plus cru devoir m'arrêter aux nombreuses variétés qui résultent de la combinaison de plusieurs ophthalmies ensemble, et qui ont été décrites par les auteurs sous les noms d'*ophthalmie catarrhale rhumatique*, *ophthalmie arthritico-syphilitique*, etc. Ces variétés se conçoivent tout aussi bien que l'existence d'un catarrhe chez un individu sujet aux rhumatismes, et celle d'une maladie vénérienne chez un individu arthritique.

Les caractères extérieurs de ces ophthalmies mixtes sont toujours un composé des caractères propres à chacune des ophthalmies dont la réunion constitue l'espèce mixte.

Le traitement doit être dirigé d'abord contre celle des affections qui présente le plus de danger, si toutefois l'on ne trouve pas moyen de combattre par une seule et même médication les différentes ophthalmies qui entrent dans la composition de l'ophthalmie mixte.

SECTION II.

LÉSIONS ORGANIQUES, LE PLUS SOUVENT SUITE DE L'INFLAMMATION.

1.° *Ptérygion (onglet, ongle).*

Cette maladie, que quelques auteurs ont confondue avec le pannus, consiste dans une excroissance ou dégénérescence particulière de la conjonctive, qui forme une petite tumeur rouge, aplatie et pyramidale, dont la base est située dans la conjonctive qui recouvre la sclérotique, et dont le sommet est dirigé vers le centre de la cornée. Le plus souvent la base du ptérygion est située à l'angle interne de l'œil, quelquefois à l'angle externe, et, dans les cas plus rares, à la partie supérieure ou inférieure de l'œil. Le sommet du ptérygion n'atteint pas toujours la cornée; ordinairement cependant il dépasse le bord de cette membrane, et en atteint même le centre. Quelquefois aussi on a vu des ptérygions qui n'avaient pas la figure pyramidale.

Lorsque le ptérygion est simple, il trouble plus ou moins la vue, suivant qu'il recouvre une plus ou moins grande partie de la cornée au devant de la pupille. Lorsque plusieurs ptérygions existent sur le même œil, ce qui s'observe rarement, ils convergent tous vers le centre de la cornée, et privent le malade de la vue. Suivant la couleur du ptérygion,

on l'a appelé *variqueux*, *membraneux* ou *adipeux*; division peu importante : car le même ptérygion qui est rouge ou variqueux au commencement, devient toujours plus ou moins grisâtre ou jaunâtre, adipeux, quand il a existé pendant quelque temps. On a également admis un *ptérygion mince* et un *ptérygion épais*, suivant l'épaisseur plus ou moins grande de la conjonctive dégénérée.

Le ptérygion se développe le plus souvent sans cause connue; quelquefois on l'a vu être occasioné par des ophthalmies chroniques, par la brûlure de la conjonctive, ou par l'introduction dans l'œil de sable ou de poussière.

Le ptérygion est une maladie peu grave, qui ne cause aucune incommodité au malade aussi long-temps que la petite tumeur n'atteint pas la cornée; mais lorsqu'elle s'avance jusqu'au centre de cette membrane, elle trouble la vue et laisse presque toujours après elle de légers obscurcissemens de la cornée.

Aussi long-temps que la maladie est peu développée, on parvient quelquefois encore à la guérir au moyen de collyres résolutifs et astringens, ou de l'application du laudanum sur la tumeur; mais lorsque celle-ci est plus avancée, elle ne cède plus à ces moyens, à moins qu'on ne les ait fait précéder de la scarification ou de l'excision d'une partie du ptérygion; enfin, lorsque la maladie est plus an-

cienne, le seul remède c'est l'excision complète de la tumeur. A cet effet on saisit avec des pinces la partie du ptérygion qui couvre la sclérotique et qui est plus lâchement attachée au globe de l'œil que la partie qui se trouve sur la cornée; puis on incise avec un couteau à cataracte la base de la tumeur, et on détache ensuite celle-ci jusqu'à son sommet au moyen de ciseaux courbes sur leur plat. De cette manière l'opération est plus facile que lorsqu'on la commence par le sommet de la tumeur. Le ptérygion étant enlevé, on fait des fomentations froides pour arrêter l'écoulement du sang; puis on abrite l'œil par une compresse. Pendant quelques jours il se fait une légère suppuration dans la plaie, qui ensuite se cicatrise d'elle-même. Dans les cas où des parties du ptérygion auraient échappé à l'instrument pendant l'opération, on entretient la suppuration par l'application du laudanum, jusqu'à ce que toutes ces parties soient fondues.

2.° *Pannus* (*pannicule*).

On a appelé de ce nom un réseau vasculaire formé par les vaisseaux dilatés de la conjonctive qui recouvre la cornée, et accompagné d'un épaississement plus ou moins considérable de cette conjonctive.

Le pannus, qu'on a divisé en *mince* ou *membra-*

neux, et *charnu* ou *sarcomateux*, et qui est quelquefois assez épais pour cacher les limites de la cornée et de la sclérotique et abolir la vue, reconnaît pour causes ordinaires l'irritation produite par le trichiasis ou l'entropion, et les ophthalmies scrophuleuse et purulente chronique.

Le pannus ne cause d'autre incommodité que le trouble de la vue. Cette maladie est rarement accompagnée de symptômes inflammatoires aigus ; ordinairement elle suit une marche très-chronique, résiste quelquefois à tous les moyens, et si elle cède, laisse après elle des obscurcissemens plus ou moins considérables de la cornée.

Le pannus occasioné par le trichiasis ou l'entropion, est celui qui présente le plus de chances de guérison; il se dissipe souvent de lui-même, quand la cause qui l'a produit est enlevée.

Dans les cas rares, où le pannus est inflammatoire, les sangsues et les fomentations froides sont indiquées. Les cas bien plus fréquens de pannus chronique exigent l'usage des révulsifs et des collyres astringens, l'insufflation dans l'œil de poudres impalpables, composées de sucre, d'alun, de calomel, de tutie; les applications de laudanum ou d'un mélange de laudanum et d'éther, ou de baume de vie d'Hoffmann et de laudanum sur la partie malade; l'excision des vaisseaux variqueux, qui portent le sang à ceux qui constituent le pannus : on

excise ces vaisseaux avant qu'ils n'atteignent la cornée, en les saisissant avec une pince, et en les coupant avec les ciseaux courbes ou avec un couteau à cataracte.

3.° *Excroissances de la conjonctive.*

On a observé différentes espèces d'excroissances à la conjonctive. BEER[1] en a observé une qu'il nomme *papule*, qui se présente sous la forme d'un corps glanduleux, arrondi, dur, rougeâtre, de la grosseur d'une tête d'épingle, situé entre la paupière inférieure et le repli semi-lunaire de la conjonctive, et qui ne cause d'autre incommodité qu'une démangeaison continuelle dans l'œil. Cette papule affecte les filles adultes, chez lesquelles la menstruation ne se fait pas ou se fait très-irrégulièrement; lorsque celle-ci s'établit bien, la papule disparaît. Les frictions de l'œil, exercées quelquefois par les malades, irritent la tumeur, qui s'enflamme et augmente rapidement de volume, jusqu'à acquérir celui d'un pois en deux ou trois jours; alors on est obligé de l'extirper, en la saisissant avec un crochet et la détachant au moyen du bistouri ou des ciseaux. Ordinairement la papule se reproduit lorsque la menstruation tarde à s'établir; et si l'individu est cachec-

---

1 BEER, *Lehre*, *etc.*, tom. II, pag. 679.

tique, et qu'on abandonne la tumeur à elle-même, elle peut devenir carcinomateuse (*papule maligne*).

Une autre espèce d'excroissance de la conjonctive a été appelée *caroncule* (*pinguecula*), tumeur celluleuse, rouge jaunâtre, de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille, et qui est située dans la conjonctive de la sclérotique ou de la cornée. M. LARREY[1] a fréquemment observé ces excroissances en Égypte; elles étaient formées quelquefois par un tissu presque corné. Les anciens appelaient ces tumeurs *epanastemata*, *rebelliones*, *rebelles;* ces deux derniers noms ont également été appliqués à la papule de la conjonctive. Celles de ces caroncules qui contiennent de la graisse, donnent quelquefois naissance à des poils, ce qui constitue alors le *trichosis de la conjonctive.* La caroncule gênant rarement le malade, on l'abandonne à elle-même; si cependant elle était située sur la cornée de manière à gêner la vue, on tâcherait de la faire disparaître par l'usage de moyens astringens ou résolutifs en solution dans l'eau, ou incorporés à de l'axonge. Si la tumeur résiste à ces moyens, on la cautérise avec précaution ou on l'excise.

Une tumeur plus considérable que les précédentes est celle à laquelle on a donné le nom de *sarcome de la conjonctive.* C'est une tumeur rouge, charnue,

---

1 LARREY, Clinique chirurgicale, tom. I.er, pag. 394.

indolore, quelquefois lobulée, et qui tient à la face intérieure de la paupière, tantôt par un pédicule, tantôt par une base plus large; elle est le plus souvent la suite de l'ophthalmie purulente chronique, et peut occasioner, lorsqu'elle est considérable, le renversement de la paupière en dehors, l'ectropion sarcomateux. Quelquefois aussi le sarcome commence par une granulation de la conjonctive, qui se développe peu à peu, et a reçu le nom de *trachoma*, *aspritudo*. Lorsque le sarcome de la conjonctive est tellement développé qu'il forme des lobules qui recouvrent en partie ou en totalité la cornée transparente, il a été appelé, par Beer, *èxophthalmie fongueuse*.

On guérit quelquefois le sarcome récent et peu développé par les astringens et les résolutifs; le sulfate de zinc, l'acétate de plomb, la pierre divine, le sublimé corrosif, les précipités rouge et blanc : lorsqu'il résiste à ces moyens, on l'enlève au moyen du bistouri ou des ciseaux s'il est pédiculé; s'il est à base large, il exige l'emploi répété des caustiques, de la pierre infernale, du beurre d'antimoine, qu'on fait précéder, lorsque la tumeur est dure, de la scarification ou de l'excision d'une partie de cette tumeur.

Je ne parlerai pas des *phlyctènes* de la conjonctive, il en a été question dans les articles consacrés aux ophthalmies qui leur donnent naissance. Il est vrai que, dans des cas rares, on en voit se dévelop-

per sans inflammation, mais alors elles cèdent également aux collyres résolutifs ou astringens; si elles résistaient à ce traitement, on les ouvrirait avec une aiguille à cataracte.

4.° *Symblépharon* (prophysis, enothes) *et* henosis.

On appelle *symblépharon* l'adhérence anormale des paupières au globe de l'œil.

A la suite de plaies, de brûlures, ou d'ulcérations de la conjonctive, il se fait quelquefois que les parties ulcérées de la face interne des paupières et de la face antérieure du globe de l'œil, étant en contact immédiat, contractent des adhérences ensemble, ce qui gêne alors les mouvemens de ces parties, et peut même abolir la vue si les adhérences sont situées en face de la pupille. Tantôt l'adhérence des parties entre elles est immédiate, tantôt ces parties sont attachées l'une à l'autre par des filamens ou cordons lymphatiques (*trabeculæ*), plus ou moins volumineux ou nombreux. Quelquefois aussi le symblépharon est compliqué d'anchyloblépharon, de l'adhérence des paupières entre elles.

On ne guérit le symblépharon que par l'opération. Lorsque l'adhérence est immédiate, on sépare les parties au moyen d'un bistouri très-fin; lorsque l'adhérence est médiate, on détache d'abord de la

paupière les concrétions lymphatiques, ensuite on les saisit avec une pince, et on les sépare du globe de l'œil. Après l'opération on fait des fomentations froides pour arrêter l'écoulement du sang; on recommande au malade de faire des mouvemens avec ses paupières et son œil, on l'empêche même, pendant vingt-quatre heures, de se livrer au sommeil, afin que les parties ne contractent de nouveau des adhérences entre elles, et on emploie un collyre saturnin pour hâter la cicatrisation des parties divisées. Nonobstant ces précautions, il arrive très-souvent que les adhérences se rétablissent; c'est ce qui a engagé récemment le professeur AMMON[1] à proposer un procédé opératoire qui donne moins facilement lieu à la récidive de la maladie. L'opération se fait en deux fois, afin d'éviter l'existence simultanée d'une plaie vive aux paupières et au globe de l'œil. La partie adhérente de la paupière reste d'abord attachée au globe de l'œil; mais on la sépare du reste de la paupière au moyen de deux incisions, qui commencent chacune au bord de la paupière, intéressent toute l'épaisseur de celle-ci, et vont se réunir en arrière de l'adhérence, de manière à tailler un lambeau triangulaire qui comprend l'adhérence et reste attaché à l'œil, et deux lambeaux latéraux,

---

1 *Das Symblepharon* (AMMON's *Zeitschrift*, 1833, tom. III, pag. 235).

qu'on réunit alors au devant du lambeau adhérent au moyen de la suture entortillée, qu'on enlève au bout de quelques jours quand ces deux lambeaux latéraux sont soudés ensemble. Quelquefois il n'est pas possible de rapprocher ces lambeaux; dans ces cas on détache la peau dans une certaine étendue du bord de l'orbite et des os environnans, après quoi on parvient à la tirer suffisamment pour réunir les lambeaux latéraux de la paupière; on soutient alors l'action de la suture par des compresses graduées, au moyen desquelles on presse la peau contre les parties osseuses sous-jacentes, afin de les maintenir en contact et d'en obtenir le recollement. Après avoir ainsi excisé de la paupière sa partie adhérente, et avoir réuni au devant d'elle les deux parties latérales, on conçoit facilement que ces dernières puissent se cicatriser sans contracter des adhérences avec le lambeau adhérent, puisque ce dernier est revêtu de la peau, laquelle est seule en contact avec la plaie vive des autres lambeaux. Ce n'est que lorsque cette dernière est complétement cicatrisée, qu'on sépare de l'œil la partie de la paupière qui y est restée attachée, ce qui se fait au moyen d'une pince et d'un couteau à cataracte, ou d'un bistouri, ou même de ciseaux.

On peut rattacher à la maladie dont nous venons de parler, et que M. Ammon a appelée *Symblépharon antérieur*, celle que le même auteur appelle

Symblépharon postérieur[1] et que Taylor[2] nomme *Henosis*. Cette affection, qui est une suite d'ophthalmies chroniques, consiste dans un raccourcissement de la conjonctive; le cul-de-sac que cette membrane forme entre la paupière et le globe de l'œil, s'efface, d'où résulte de la gêne dans les mouvemens de ces parties. Peu à peu la conjonctive se tend davantage en certains endroits, et forme alors des brides qui réunissent la paupière au globe de l'œil, sont plus pâles que la conjonctive dans l'état normal, et s'enflamment très-facilement. Quelquefois la conjonctive s'épaissit et prend l'aspect de la peau. Le traitement de cette maladie consiste dans l'excision des brides et des parties altérées de la conjonctive, au moyen de ciseaux courbes sur leur plat. Après l'opération on fait des fomentations froides, on éloigne souvent la paupière du globe de l'œil, et on a recours de bonne heure à l'application du laudanum et à l'usage de collyres saturnins, pour hâter la cicatrisation.

5.° *Xérosis* (conjunctiva arida).

Cette maladie, qui a d'abord été décrite par A.

---

1 *Das Symblepharon* (Ammon's *Zeitschrift*, 1833, tom. III, pag. 235).

2 Taylor, *Nosographia ophthalmica. Lips.*, 1763, pag. 11.

SCHMIDT[1], puis par BENEDICT[2], MACKENZIE[3], AMMON[4] et KLINGSOHR[5], et qui ne doit pas être confondue avec le symptôme des ophthalmies appelé xéroma, xérophthalmie par les anciens auteurs, est ordinairement occasioné par le trichiasis, l'entropion ou la lagophthalmie.

Elle est caractérisée par la sécheresse, l'aspect mat de la conjonctive, qui est ridée autour de la cornée; la partie de la conjonctive qui recouvre cette dernière membrane est également terne, d'où résulte la teinte mate de la cornée, et la difficulté de voir l'iris. La caroncule lacrymale est diminuée de volume, et les points lacrymaux sont ordinairement fermés.

Cette maladie paraît consister dans l'épaississement de l'épithélium de la conjonctive, et dans l'occlusion des canaux excréteurs de la glande lacrymale, suites d'une irritation chronique de ces parties.

On n'a pas encore trouvé de remède à cette altération, de sorte qu'on se borne à soulager le ma-

---

1 A. SCHMIDT, *Ueber die Krankheiten des Thränenorganes, Wien*, 1803, pag. 55.

2 BENEDICT, *Handbuch, etc.*, tom. III, pag. 155.

3 *London Medical Gazette*, 13 Avril 1833. (Arch. gén. de méd., 2.e série, tom. II, pag. 96.)

4 AMMON'S *Zeitschrift*, tom. I.er, p. 65; et tom. II, p. 381.

5 E. KLINGSOHR, *Die Ueberhæutung der Bindehaut. Erlangen*, 1830.

lade en humectant d'eau froide ou tiède l'organe affecté.

6.° *Taches ou taies de la cornée* (maculæ corneæ).

On appelle tache ou taie de la cornée un obscurcissement chronique de cette membrane, qui tient, soit à l'existence d'une cicatrice à la cornée, soit à la présence de lymphe, de pus ou de sang concrétés entre les lames de la cornée, ou entre celle-ci et la membrane de Demours, ou entre la cornée et le feuillet de la conjonctive qui la recouvre.

Le plus souvent les taches de la cornée sont la suite de l'inflammation de cette membrane et de la conjonctive; on en voit cependant, surtout chez les scrophuleux, se développer sans symptômes inflammatoires apparens.

Les taies présentent un grand nombre de variétés auxquelles les auteurs ont donné des noms particuliers; les principales sont :

1.° Le *néphélion* ou *nuage* (*achlys*, *nebula*, *nubecula*); obscurcissement gris-blanchâtre, nuageux, très-peu intense, situé ordinairement entre la cornée et la conjonctive qui la recouvre. Lorsqu'il occupe la partie de la cornée située en face de la pupille, il trouble la vue sans cependant l'abolir; car il n'est jamais assez intense pour ne pas laisser

passer en partie les rayons lumineux; les objets apparaissent alors au malade comme vus à travers un brouillard.

2.° L'*albugo;* tache extrêmement intense, blanche, comme crayeuse, située ordinairement entre les lamelles de la cornée, faisant quelquefois une saillie à la surface de cette membrane. Lorsque l'albugo est situé en face de la pupille, il abolit la vue. Dans l'albugo, ainsi que dans le néphélion, la tache est toujours beaucoup plus intense à son centre que vers sa circonférence, où elle se perd peu à peu.

L'obscurcissement qui forme le passage du néphélion à l'albugo, était autrefois appelé *ægis;* la taie qui était caractérisée par une blancheur nacrée, recevait le nom de *perle* (*margarita*, *paralampsis*); et l'on se servait comme synonyme d'albugo du mot *leucoma*, auquel quelques auteurs modernes ont donné une signification différente, en s'en servant pour désigner la variété suivante des taies.

3.° *Les cicatrices de la cornée* (*oule*). Ces cicatrices se forment après des blessures, des abcès ou des ulcères de la cornée; elles sont situées superficiellement, ou dans l'épaisseur de la cornée, ou à sa face interne; dans ce dernier cas elles sont le résultat d'abcès qui se sont ouverts dans la chambre antérieure. Les cicatrices se caractérisent par un obscurcissement dont les limites sont bien déterminées, et

dont la forme est ordinairement linéaire ou circulaire, suivant que les cicatrices proviennent d'une blessure, d'une pustule ou d'un ulcère. Lorsqu'elles sont situées à la face externe de la cornée, les cicatrices présentent le plus souvent une légère dépression, qu'on remarque surtout en regardant l'œil de profil. Quelquefois la cicatrice est encore entourée d'un obscurcissement, qui s'étend plus ou moins sur la cornée; c'est ce que les auteurs ont appelé *cicatrice leucomateuse.*

4.° L'*obscurcissement purulent* (*onyx exsiccatus*). Dans des cas assez rares, on voit des abcès de la cornée diminuer d'étendue sans s'ouvrir; la partie ténue du pus être résorbée, tandis que la partie épaisse se concrète; enfin, les symptômes inflammatoires disparaître complétement : il reste alors une tache plus ou moins proéminente, jaune, inégale, séparée en plusieurs parties par des stries grises ou blanchâtres.

5.° L'*obscurcissement sanguin* est analogue au précédent, dont il se distingue par la couleur. Il est très-rare et consiste dans du sang qui, à la suite de contusions de l'œil ou d'inflammations vives de la cornée, s'épanche entre les lames de cette membrane ou entre elle et la conjonctive; le sérum du sang étant résorbé, il reste un obscurcissement formé par le caillot du sang épanché.

Ce sont là les principales variétés des taches de

la cornée. On y a ajouté encore l'obscurcissement du bord de la cornée qui se manifeste chez les vieillards, et qu'on a nommé *cercle sénile* (*arcus senilis*, *gerontoxon*); mais comme ce n'est pas là un état pathologique proprement dit, et comme il ne réclame pas non plus les secours de l'art, je me dispenserai d'en parler. Quelques auteurs ont aussi séparé les taches des *obscurcissemens de la cornée*, et ont compris sous cette dernière dénomination les taies qui occupent la plus grande partie de la cornée ou cette membrane toute entière. Cette distinction est peu importante.

Le plus souvent les taies de la cornée ne causent aucune douleur au malade, mais occasionnent de la difformité et une gêne de la vue plus ou moins grande, suivant qu'elles sont plus ou moins opaques, ou qu'elles sont situées plus ou moins complétement en face de la pupille. Les parties qui environnent la taie sont ordinairement dans l'état normal; quelquefois cependant la conjonctive est injectée, et l'on voit des vaisseaux sanguins dilatés se diriger vers la taie; dans ces cas les malades se plaignent de chaleur à l'œil, et même de la sensation d'un grain de sable engagé sous les paupières.

Les taies peuvent être compliquées de différentes autres lésions; les plus fréquentes de ces complications sont celles avec l'adhérence de l'iris à la cornée, et avec la varicosité du globe de l'œil.

Le pronostic des taies varie suivant leur situation, leur intensité, leur étendue, leur ancienneté, leurs complications. Celles qui sont situées en face de la pupille sont beaucoup plus fâcheuses que celles qui sont plus rapprochées du bord de la cornée; celles qui sont très-blanches, élevées, anciennes et sans communication avec des vaisseaux sanguins, sont beaucoup plus difficiles à guérir que les obscurcissemens nuageux vers lesquels se dirigent des vaisseaux sanguins. Les cicatrices sont presque toujours indélébiles, mais on réussit quelquefois à dissiper l'obscurcissement qui les entoure. Les cas les plus fâcheux sont ceux où la taie est centrale et compliquée de varicosité du globe de l'œil; complication qui défend l'emploi de moyens locaux à cause de la dégénérescence carcinomateuse qui pourrait en résulter. Enfin, l'âge des malades influe également sur le pronostic. Chez les enfans, les taies se dissipent beaucoup plus facilement, et quelquefois sans aucun secours de l'art; ce qu'on n'observe pas chez les adultes.

Dans le traitement des taies de la cornée, on a pour but de faire résorber la matière opaque déposée entre les lames de la cornée; il faut donc qu'une certaine activité existe dans les parties qui environnent la taie; si cette activité est trop forte, s'il y a irritation, la tache augmente plutôt que de diminuer; l'indication est alors de modérer cette irrita-

tion; si, au contraire, la réaction est nulle dans les parties environnantes, il faut l'exciter.

Le traitement des taies varie aussi suivant que l'obscurcissement est nuageux, superficiel, récent et en communication avec des vaisseaux sanguins, ou qu'il est d'une couleur blanche intense, ancien, isolé au milieu de parties normales. Dans le premier cas, surtout lorsque la taie est très-récente, on réussit quelquefois à la dissiper par un traitement dirigé contre la maladie qui l'a produite; c'est ainsi qu'on guérit souvent les taies récentes des scrophuleux par un traitement antiscrophuleux général. Lorsqu'il existe encore de l'irritation dans l'œil, que cet organe est disposé à s'enflammer de nouveau, on emploie les antiphlogistiques et les révulsifs. Les vaisseaux sanguins qui se dirigent vers la taie sont-ils très-dilatés, variqueux, on les excise en partie, au moyen de ciseaux courbes sur leur plat, et on favorise l'écoulement du sang par des fomentations tièdes émollientes. Ces circonstances ne se présentent-elles pas, on a recours aux moyens résolutifs et irritans dont l'expérience a prouvé l'efficacité et qui sont très-nombreux. Ces moyens s'emploient sous forme liquide, sous forme de pommade, ou sous forme de poudre; la première est la moins irritante; la dernière est celle qui affecte l'œil le plus fortement. Les liquides dont on se sert communément, sont les huiles essentielles, surtout l'huile

de genièvre, le laudanum liquide de Sydenham, la teinture d'opium simple, qu'on applique purs sur la taie au moyen d'un pinceau; les solutions de borax, de sel ammoniac, de sulfate de cuivre, de sublimé corrosif, de pierre infernale, de potasse caustique : toutes ces solutions, à l'exception des deux dernières, sont instillées dans l'œil une, deux ou trois fois par jour.

Les pommades qu'on emploie le plus fréquemment, sont composées des médicamens que je viens d'indiquer, ou bien préparées avec les précipités blanc et rouge de mercure; cette dernière et la pommade de Janin sont les moyens les plus usités contre les taies de la cornée. On en porte chaque soir une petite portion, à peu près gros comme une lentille, sur le bord des paupières avec le doigt, ou sur la taie même avec un pinceau.

Enfin, les substances pulvérulentes le plus souvent mises en usage sont la crème de tartre, l'alun, le borax, le calomélas, la tutie, le verre pilé. On prend ordinairement parties égales d'une de ces substances et de sucre, et on en fait faire une poudre impalpable. Celle dont se sert presque constamment M. Dupuytren est composée de parties égales de calomel, de tutie préparée et de sucre. Pour porter ces poudres sur la taie, on se sert d'un pinceau, qu'on humecte légèrement et qu'on charge de poudre, ou bien on introduit la poudre dans l'extrémité

d'un tuyau de plume, et on souffle dans l'autre extrémité en tenant les paupières ouvertes, de manière à faire parvenir la poudre sur la taie.

Dans les cas où la taie est ancienne, blanche, non entourée de vaisseaux sanguins, l'expérience fait voir que les moyens irritans ne réussissent pas bien, et qu'il faut les faire précéder de l'usage des émolliens et des résolutifs, qu'on continue jusqu'à ce que la tache prenne une couleur grisâtre et s'entoure de vaisseaux sanguins plus ou moins nombreux; c'est alors seulement que les médicamens irritans produisent de bons effets. Les moyens émolliens et résolutifs les plus usités en pareil cas, sont l'huile de noix, le beurre de cacao, la moelle de bœuf, le mucilage de coings, les décoctions de guimauve ou de graine de lin, le miel, le fiel de bœuf, les extraits de taraxacum, de chélidoine, de ciguë, d'aloès. Suivant leur consistance, ces substances sont ou bien instillées dans l'œil, ou portées sur la taie au moyen d'un pinceau. Lorsque, malgré l'usage prolongé de ces moyens, la taie reste dans le même état, on peut essayer d'y faire quelques petites incisions, qui ne doivent cependant pas percer la cornée, et après lesquelles on continue de nouveau les moyens médicamenteux; on peut aussi, après avoir fait ces scarifications dans les taies très-anciennes et très-étendues, toucher celles-ci avec la pierre infernale, en ayant soin immédiatement après de passer sur la

plaie cautérisée un pinceau trempé dans un liquide mucilagineux ou dans de l'huile. On réussit quelquefois par ce moyen à diminuer l'étendue de taies anciennes et considérables.

Les sétons passés par la cornée et l'excision des taches, moyens qu'on a proposés, laissent le plus souvent après eux des taies tout aussi intenses que celles qu'ils devaient enlever. M. Dieffenbach[1] a cependant réussi à rendre la vue à une petite fille, en excisant une taie centrale et en réunissant par un point de suture les deux lèvres de la cornée. La cicatrice qui en est résultée est transparente, et la cornée a sa forme normale; je crois néanmoins que cette opération échouerait souvent, et qu'il est préférable d'avoir recours à l'opération de la pupille artificielle; je ne crois pas non plus qu'on obtiendra un résultat bien favorable en raclant les taies, comme l'ont fait quelques médecins.

Quels que soient les moyens qu'on emploie dans le traitement des taies de la cornée, il est essentiel de mettre de la persévérance dans leur usage, et de ne pas s'attendre à des effets très-prompts; des mois entiers sont ordinairement nécessaires pour la guérison de ces maladies. Souvent le malade s'habitue à un médicament, il faut alors lui en donner un autre : on commence par les moins irritans, et on passe suc-

---

1 Ammon's *Zeitschrift*, tom. I.er, pag. 177.

cessivement aux plus énergiques, à mesure que l'œil s'y habitue. Une préparation n'est ni trop, ni trop peu irritante lorsqu'elle produit, immédiatement après l'application, du larmoiement, de la rougeur au bord des paupières et dans la conjonctive, et un peu de sensibilité à la lumière, et que ces symptômes se dissipent au bout d'une demi-heure. S'ils durent plus long-temps, le médicament est trop irritant; il l'est trop peu, si ces symptômes ne se manifestent point.

Malgré tous nos soins, il arrive assez souvent que des taies persistent et abolissent la vue quand elles sont situées en face de la pupille; il nous reste alors un dernier moyen de rendre la vue au malade, c'est l'opération de la pupille artificielle, dont je parlerai plus bas.

7.° *Ulcères de la cornée.*

En traitant des ophthalmies, j'ai parlé, en différens endroits, des ulcères de la cornée, auxquels plusieurs d'entre elles donnent lieu. Dans cet article je rassemblerai ce qui n'a pas pu trouver place ailleurs, et je considérerai les ulcères de la cornée abstraction faite de la nature de l'inflammation qui les a occasionés.

Ces ulcères présentent un grand nombre de variétés; ils sont superficiels (*epicauma*), profonds, pénétrans, externes, internes, centraux, périphériques (*argemon* des anciens). Ce qu'on appelle *facette*

de la cornée, n'est également qu'un petit ulcère, qui consiste dans l'usure de quelques lames superficielles de la cornée, sans perte de transparence de la partie affectée de cette membrane, d'où résulte une petite dépression qu'on ne remarque quelquefois qu'en regardant l'œil de profil; mais qui trouble toujours la vue lorsqu'elle est située en face de la pupille.

A l'exception des facettes, les ulcères de la cornée se caractérisent toujours par l'obscurcissement de cette tunique à l'endroit affecté, et par une sécrétion purulente qui se fait sur la partie ulcérée. On remarque en outre, lorsque l'ulcère est situé extérieurement, un aplatissement de la cornée et une perte de substance de cette membrane, ce qu'on ne peut voir lorsque l'ulcère occupe la face interne de la cornée; mais dans ce dernier cas, qui est assez rare, la maladie est caractérisée par le pus qui est sécrété à la surface ulcérée, et qui s'amasse dans le fond de la chambre antérieure pour constituer l'hypopyon.

Les ulcères de la cornée sont d'une étendue variable; il y en a qui sont superficiels, mais occupent la plus grande partie de la cornée, et troublent alors plus ou moins la vue; il y en a d'autres dont la circonférence est très-petite, mais qui s'étendent en profondeur : ceux-ci ne troublent pas la vue, lorsqu'ils n'occupent point la partie de la cornée située en face de la pupille.

Les ulcères de la cornée, en faisant des progrès,

détruisent quelquefois une grande partie de l'épaisseur de cette tunique, et donnent souvent lieu alors à la *hernie de la cornée* (voyez l'article suivant). D'autres fois ils finissent par percer cette membrane : l'humeur aqueuse s'échappe alors, et le plus souvent l'iris se colle à l'ouverture, avec laquelle il contracte facilement des adhérences. Quelquefois aussi l'iris s'engage dans l'ulcère pénétrant, et fait saillie au dehors, surtout lorsque l'inflammation s'est communiquée à cette membrane et l'a tuméfiée ; c'est ce qu'on appelle la *procidence de l'iris* (voyez cet article).

Les ulcères de la cornée constituent une maladie plus ou moins grave, suivant leur étendue, leur nature, leur position et leurs complications ; ils laissent toujours après eux des cicatrices qui, si elles sont situées en face de la pupille, gênent plus ou moins la vue. Les ulcères pénétrans troublent presque toujours la vue et l'abolissent souvent tout-à-fait par suite de la procidence de l'iris, de l'adhérence de cette tunique à la cornée et du rétrécissement de la pupille, qui en résultent fréquemment.

Le traitement des ulcères de la cornée varie suivant la nature de l'inflammation qui les a occasionés, et qui réclame alors les moyens indiqués dans les articles consacrés à ces ophthalmies. Lorsqu'un ulcère ne présente point le caractère de l'une des ophthalmies spécifiques, on a égard dans le traite-

ment au degré de l'inflammation. Celle-ci est-elle aiguë, y a-t-il beaucoup de rougeur, de chaleur et de douleur dans l'œil, on applique des sangsues aux tempes et derrière les oreilles, on fait des fomentations et des instillations émollientes ou mucilagineuses. L'ulcère est-il atonique, non accompagné de symptômes inflammatoires actifs, on le stimule en le touchant tous les deux jours ou tous les jours avec un pinceau trempé dans du laudanum, ou en faisant faire trois ou quatre fois par jour des instillations de solution de pierre divine ou de sulfate de zinc. Quelquefois ces moyens ne sont pas assez énergiques pour irriter suffisamment la surface ulcérée; on la touche alors avec la pierre infernale, et lorsque l'ulcère a pris un aspect moins indolent, on hâte la cicatrisation par l'usage d'un collyre astringent, dans la composition duquel on évite toutefois de faire entrer des préparations saturnines, parce qu'on a cru remarquer que celles-ci se décomposent sur l'œil, que l'oxide de plomb se précipite et s'incruste dans l'ulcère, d'où résulte après la guérison une taie blanche plus ou moins forte; ce qui cependant n'arrive pas toujours. On applique en outre un vésicatoire à la nuque.

Lorsqu'un ulcère est pénétrant, il est essentiel d'empêcher autant que possible l'écoulement des humeurs et l'adhérence ou la procidence de l'iris. A cet effet on recommande au malade le plus grand

repos, la position horizontale sur le dos, l'occlusion des paupières; on obscurcit la chambre et on emploie les moyens médicamenteux précédemment indiqués.

8.° *Hernie de la cornée* (*kératocèle*).

Lorsqu'un ulcère, en s'avançant de dehors en dedans, a détruit la plus grande partie de l'épaisseur de la cornée, et qu'il ne reste plus entre lui et la chambre antérieure que quelques lames de la cornée et la membrane de Demours, ou même cette dernière seule, celles-ci sont souvent trop faibles pour résister à la pression qu'exerce sur elles, de derrière en avant, l'humeur aqueuse dont la sécrétion est probablement augmentée par suite de l'irritation qui se propage à la membrane de l'humeur aqueuse. Dans ces cas la partie amincie de la cornée et la membrane de Demours sont poussées en avant, à travers l'ulcération de la surface antérieure de la cornée, et y forment une petite tumeur transparente ou légèrement obscurcie, qui a la forme de l'ouverture qui lui a donné passage, et qui est environnée d'un obscurcissement plus prononcé, lequel a son siége dans les bords de l'ulcère qui entoure la tumeur : c'est là ce qu'on a appelé *hernie de la cornée*. La distension de cette hernie peut en occasioner la rupture, qui donne lieu à l'écoulement de l'humeur aqueuse et

par suite à la disparition de la tumeur; mais la petite ouverture s'étant fermée, l'humeur aqueuse s'accumule de nouveau, et la hernie se reproduit, ce qui peut se répéter plusieurs fois. L'iris peut aussi s'introduire dans l'ouverture de la cornée, et contracter des adhérences avec elle. Quelquefois la rupture de la partie herniée se fait avec force, par suite d'une commotion de la tête, de l'éternument, d'un accès de toux, etc.; dans ces cas le crystallin et une partie de l'humeur vitrée peuvent s'écouler avec l'humeur aqueuse.

La hernie de la cornée peut également se former par suite d'une blessure qui n'intéresserait que les lames extérieures de la cornée, ou par suite d'un ulcère pénétrant en voie de guérison, mais dont la cicatrice, encore incomplète, ne serait pas assez ferme pour résister à la pression de l'humeur aqueuse. Enfin, on a vu, quoique très-rarement, des ulcères de la face interne de la cornée donner lieu à une espèce de tumeur que JÜNGKEN[1] a nommée *Hernie externe*, et qui consiste dans une saillie que forment les lames externes de la cornée à l'endroit où les lames internes sont détruites, saillie qui résulte de la pression exercée par l'accumulation de l'humeur aqueuse.

La hernie de la cornée n'est pas une maladie aussi

---

1 JÜNGKEN, *Lehre von den Augenkrankheiten*, pag. 716.

grave qu'elle le paraît ordinairement, et guérit quelquefois assez promptement; mais lorsqu'elle s'ouvre, et que l'iris s'introduit dans la plaie, cette membrane contracte facilement des adhérences avec la cornée, et peut par là troubler ou même abolir la vue.

On traite la hernie de la cornée suivant la nature plus ou moins atonique de l'ulcère qui l'a occasionée; le plus souvent on réussit le mieux en touchant la tumeur une fois par jour avec un pinceau trempé dans du laudanum, et en faisant faire usage en même temps d'un collyre préparé avec la pierre divine ou le sulfate de zinc. Dans les cas où ces moyens ne sont pas assez stimulans, on touche la tumeur avec la pierre infernale au lieu de laudanum. Dans tous les cas le malade fera bien de tenir l'œil fermé, afin de prévenir, si cela est possible, la rupture de la hernie.

9.° *Atonie de la cornée.*

Sous ce nom le professeur Rosas[1] a décrit la flaccidité de la cornée occasionée par l'exercice trop prolongé des yeux, les efforts musculaires violens, les ophthalmies purulentes, l'abus des cataplasmes sur les yeux.

Cette atonie se manifeste par une déformation de

---

1 Rosas, *Handbuch*, *etc.*, tom. II, pag. 733.

la cornée produite par la contraction des muscles de l'œil. La cornée est plus ou moins conique, opaque en grande partie, mais transparente au centre; les mouvemens des muscles font varier la déformation. La vue est très-affaiblie. Le repos, l'occlusion des paupières et les collyres ou onguens astringens remédient le mieux à l'atonie de la cornée.

10.° *Conicité de la cornée (cornée conique, staphylome transparent de la cornée,* hyperkeratosis, keratoconus, ochlodes).

Cette maladie, qui est tantôt congéniale et tantôt se développe sans cause connue pendant la jeunesse, surtout chez des filles au-dessous de quatorze ans, se caractérise par la forme conique de la cornée, sans perte de transparence de cette membrane, du moins au commencement de la maladie. Le centre de la cornée, qui forme le sommet du cône, est ordinairement épaissi. Il résulte de cette conformation anormale une réfraction vicieuse des rayons lumineux, et par conséquent un trouble de la vue, qui, au commencement, ne consiste que dans un certain degré de presbytie, mais qui augmente par la suite et devient surtout très-considérable lorsque le sommet de la cornée conique perd sa transparence, ce qui cependant n'arrive qu'au bout d'un espace de temps ordinairement très-long.

Cette conicité de la cornée est le plus souvent incurable. Les moyens qui jusqu'à présent ont le mieux réussi, sont les ponctions réitérées de la cornée, les révulsifs et les exutoires à la nuque et à la région mastoïdienne, les frictions mercurielles dans la région susorbitaire. Le malade évitera de fatiguer ses yeux pour ne pas accélérer les progrès de la maladie.

SCHŒN (RUST's *Magazin*, tom. XXIV, pag. 136).
G. C. WIMMER, *De hyperceratosi, etc., Dissert. inaug. Lipsiæ*, 1831.

11.° *Staphylome de la cornée* (conophthalmus). [Fig. 16, 17, 18.]

Sous le nom de *staphylome* ou *raisinière* on comprenait autrefois la procidence de l'iris et la hernie de la cornée; cette dernière a même encore été décrite sous ce nom par M. DEMOURS. Assez généralement cependant on entend de nos jours par staphylome de la cornée, une dégénérescence de la cornée, caractérisée par la protubérance que forme cette membrane, son obscurcissement et son adhérence à l'iris; dégénérescence accompagnée le plus souvent d'une augmentation dans la sécrétion de l'humeur aqueuse. Quelques auteurs admettent aussi des staphylomes sans perte de transparence de la cornée et sans adhérence de cette membrane à l'iris; mais ces cas me semblent devoir être rapportés à l'hydrophthalmie.

Le staphylome de la cornée présente deux variétés très-distinctes, le staphylome sphérique et le staphylome conique.

Le *staphylome sphérique de la cornée* est la suite d'une inflammation chronique de la cornée et de l'iris. Ce sont surtout les ophthalmies varioleuses, scrophuleuses et purulentes qui donnent lieu à cette dégénérescence. Dans le plus grand nombre des cas la cornée est épaissie au commencement, mais devient de plus en plus mince par la suite; d'autres fois elle est amincie dès le début de l'affection; quelquefois aussi elle reste trop épaisse pendant toute la durée de la maladie. Ordinairement la densité du tissu de la cornée est en raison inverse de l'épaisseur de la membrane; les plus minces sont celles dont le tissu présente le plus de résistance.

Le staphylome sphérique de la cornée est *total* ou *partiel*. Dans le premier cas la protubérance est formée par la cornée entière, tandis que dans le staphylome partiel, qui est plus rare, une partie de cette membrane est seule affectée. Lorsque, dans ce dernier cas, une grande portion de la cornée et de l'iris, ainsi qu'une partie de la pupille, restent libres, le malade conserve la vue; dans le staphylome total, au contraire, celle-ci est entièrement abolie, excepté dans des cas très-rares où la cornée conserve une certaine translucidité à l'endroit qui correspond à la pupille, ce qui permet au malade de distinguer

le jour de la nuit, et quelquefois même les contours des grands objets.

Le staphylome sphérique se développe peu à peu; arrivé à un certain degré, il reste souvent stationnaire pendant toute la vie du malade; d'autres fois il ne reste stationnaire que de temps en temps, et continue toujours de nouveau à s'accroître. Lorsqu'il a acquis un volume considérable, il ne peut plus être recouvert par les paupières, et reste exposé aux agens extérieurs qui l'irritent; de là résulte une inflammation qui se termine, soit par la rupture de la cornée, l'écoulement des humeurs et l'atrophie de l'œil, soit par la suppuration et la destruction de cet organe, soit par l'ulcération de la surface du staphylome et la dégénérescence carcinomateuse de l'œil. Quelquefois, à la suite de la rupture de la cornée, l'humeur aqueuse s'écoule seule, l'ouverture se cicatrise et le staphylome se reproduit.

Le *staphylome conique de la cornée* diffère du staphylome sphérique, non-seulement par sa forme, mais aussi par sa nature. Ce staphylome forme une protubérance conique qui n'est jamais très-considérable, s'accompagne de dureté et de varicosité du globe de l'œil, et qui, arrivée à un certain degré, reste le plus souvent stationnaire ou se change en fongus hématode. La maladie est occasionée par l'ophthalmitis ou inflammation du globe de l'œil,

et consiste toujours dans l'affection de la cornée et de l'iris, jointe à la désorganisation des parties profondes et à l'adhérence de l'iris à la capsule crystalline. Toute sensation visuelle est abolie.

Le staphylome de la cornée est une maladie plus ou moins grave, suivant qu'il est partiel ou total. Aussi long-temps qu'il n'est que partiel, nous pouvons espérer d'en arrêter les progrès et de sauver la vue si elle existe encore, ou du moins de conserver à l'état normal une partie de la cornée et de l'iris, afin de pouvoir établir plus tard une pupille artificielle, si la pupille naturelle est fermée. A cet effet nous combattons l'état inflammatoire s'il n'a pas encore cédé; puis nous appliquons sur la tumeur le laudanum liquide au moyen d'un pinceau, ou bien nous la touchons avec la pierre infernale, lorsque toutefois il n'y a pas de varicosité dans le globe de l'œil. Si le mal continue à faire des progrès, on parvient quelquefois à l'arrêter par des ponctions souvent répétées à l'endroit affecté, et faites avec un couteau à cataracte, ou par l'établissement d'une pupille artificielle, moyen proposé et employé dans ces derniers temps par le professeur Flarer de Pavie.[1]

---

1 Fr. Flarer, *Tentativi per ottenere la guarigione dello stafiloma parziale della cornea, e nuovo methodo di profilassi dello stafiloma totale. Milano*, 1829.

Le staphylome sphérique total et le staphylome conique sont beaucoup plus graves que le précédent; la vue est perdue sans retour. Lorsque la maladie est à son début et fait des progrès, on emploie le même traitement que pour le staphylome partiel. La maladie reste-t-elle stationnaire à un degré peu avancé, on fait bien de l'abandonner à elle-même. Mais lorsque le staphylome est très-développé, cette protubérance blanche qui fait saillie entre les paupières, cause une difformité extrêmement désagréable dont les malades veulent être débarrassés, et qu'il est même urgent d'enlever lorsqu'elle ne peut plus être recouverte par les paupières et qu'elle s'enflamme fréquemment. Le seul moyen d'enlever cette tumeur consiste dans l'excision. Cette opération se pratique de la manière suivante : le malade étant placé comme pour l'opération de la cataracte, un aide relève la paupière supérieure et un autre abaisse l'inférieure. Le chirurgien prend un couteau à cataracte un peu grand et pratique, comme dans l'extraction de la cataracte par en haut, mais en suivant exactement le bord de la cornée, une incision semi-circulaire, qui comprendra la moitié supérieure de la cornée. Il saisit alors avec une pince le lambeau de la cornée, puis, en tournant le tranchant du couteau vers en bas, il achève de détacher cette membrane, ce qu'il peut faire aussi en se servant de ciseaux.

Cette opération est très-douloureuse et toujours suivie d'une inflammation plus ou moins vive, qu'on combat par les fomentations froides et même par les saignées générales et locales. Pour empêcher les mouvemens de l'œil opéré, on tient l'œil sain fermé au moyen de bandelettes agglutinatives.

Immédiatement après l'opération, le crystallin et une partie de l'humeur vitrée s'écoulent ordinairement. Si la rétine n'est pas altérée, les malades distinguent alors les contours des grands objets. Peu de jours après l'opération, les bords de la plaie se rapprochent et se réunissent enfin par l'intermédiaire d'une pellicule blanche, formée par de la lymphe plastique. Il ne reste plus de l'œil qu'un petit moignon qui se trouve dans le fond de l'orbite, et n'empêche pas le malade de cacher plus tard cette difformité par un œil artificiel.

L'opération du staphylome telle que je l'ai décrite, est préférable à celle de Scarpa, en ce que, dans cette dernière, on n'enlève qu'une très-petite portion du centre de la cornée staphylomateuse, ce qui fait que la maladie peut se reproduire, et qu'en tout cas le globe de l'œil reste trop volumineux pour qu'on puisse faire usage d'un œil artificiel.

Beaucoup de chirurgiens pratiquent l'opération décrite plus haut, mais en taillant le lambeau à la partie inférieure de la cornée, comme dans l'extraction de la cataracte par en bas; il en résulte quel-

quefois que, le premier temps de l'opération achevé, l'œil fuit vers en haut et en dedans, et cache la partie supérieure du staphylome, dont l'ablation devient alors difficile; tandis qu'en commençant par tailler le lambeau supérieur, celui-ci se renverse si l'œil fuit et peut être saisi par les pinces; l'opération ne présente ensuite plus de difficulté.

On a aussi inventé des instrumens analogues au phlébotome, et qui doivent enlever le staphylome d'un coup; mais le couteau sera toujours plus sûr qu'un instrument à ressort.

F. Delarue, Mémoire sur les bons effets des attouchemens avec la pierre infernale dans le traitement du staphylome. Paris, 1823.

D. W. Rau, *Ueber die Erkenntniss, Entstehung und Heilung der Staphylome des menschlichen Auges. Heidelberg und Leipzig*, 1828.

Fr. Flarer, Mémoire sur le traitement du staphylome partiel et total de la cornée transparente (Arch. gén. de méd., 1829, tom. XXI, pag. 255).

Ammon, *Die Abtragung des Hornhautstaphyloms* (Ammon's *Zeitschrift*, tom. I.er, pag. 80).

12.° *Procidence de l'iris (hernie, prolapsus, ptosis, staphylome de l'iris*[1]*).* [Fig. 14, 15.]

Lorsque la cornée est percée par l'effet d'un ulcère ou d'une blessure, il arrive quelquefois que l'iris,

1 Le professeur Fr. Jæger, de Vienne, entend par staphylome de l'iris une altération toute différente, qui consiste dans

surtout s'il est enflammé et tuméfié, s'introduit dans l'ouverture de la cornée, et vient faire saillie au dehors, où il forme une tumeur plus ou moins considérable, qui perd bientôt la couleur naturelle de l'iris, devient noirâtre, cause au malade la sensation d'un corps étranger engagé sous les paupières, s'enflamme quelquefois par l'effet des frictions continuelles, auxquelles elle est exposée par le mouvement des paupières, contracte des adhérences avec la cornée, s'aplatit si elle est petite, et reste alors dans cet état; si la tumeur est grande, au contraire, elle est distendue par de l'humeur aqueuse, puis se rompt et donne issue à celle-ci, et enfin se cicatrise; cette série de symptômes peut se répéter plusieurs fois jusqu'à ce qu'une cicatrice ferme se forme. La tumeur peut même, chez les individus cachectiques, devenir carcinomateuse. Quant à la vue, elle est plus ou moins troublée et quelquefois même abolie; la pupille étant toujours tiraillée, déformée, rétrécie.

Suivant la forme et l'étendue de la tumeur, on lui donnait autrefois les noms de *tête de mouche* (*myocephalon*), *clou* (*helos*, *hylon*, *clavus*), *pommette* (*malum*, *melon*). Lorsque l'iris fait saillie par plusieurs ouvertures de la cornée, la *procidence* est

---

une coloration noire de l'iris, le plus souvent suite de l'ophthalmie scrophuleuse. On fait mieux de ne pas se servir du tout de la dénomination de staphylome de l'iris.

multiple (*staphyloma racemosum*, *leucome verruqueux*).

La procidence de l'iris est une maladie assez grave, puisqu'ordinairement elle trouble la vue, et que très-souvent elle l'abolit complétement par suite de l'inflammation et de l'obscurcissement de la cornée auxquels elle donne lieu. La procidence multiple entraîne toujours la cécité, et se termine, soit par l'aplatissement et l'obscurcissement de la cornée, soit par la dégénérescence carcinomateuse des parties affectées.

Dans le traitement de la procidence de l'iris, on doit d'abord considérer si l'iris est encore réductible, ou s'il est déjà adhérent à la cornée. Dans le premier cas on tâche de faire reprendre à l'iris sa situation normale, et de hâter la cicatrisation de l'ouverture de la cornée. Lorsque la procidence est très-récente, qu'elle s'est faite à travers une plaie étendue de la cornée, le médecin doit replacer l'iris au moyen d'une curette ou d'une petite spatule (fig. 19), pendant qu'il tient écartées l'une de l'autre les lèvres de la plaie. Le prolapsus s'est-il fait par un ulcère ou une ouverture très-petite, et n'est-il par conséquent pas réductible mécaniquement, la position horizontale sur le dos, l'occlusion des paupières, l'obscurcissement de la chambre et l'instillation d'une solution d'extrait de belladone doivent être recommandés; ils dégagent quelquefois l'iris, et

donnent le temps à l'ouverture de la cornée de se cicatriser. L'inflammation concomitante, plus ou moins vive, indique en outre les antiphlogistiques plus ou moins énergiques, tels que les saignées générales ou locales, les applications froides sur l'œil, les laxatifs.

Dans les cas plus anciens, sans symptômes inflammatoires aigus, lorsque l'iris a contracté des adhérences avec la cornée, il ne s'agit plus de le rendre libre ; mais d'enlever la tumeur qu'il forme sur la cornée : on y parvient, lorsque la tumeur est petite, en la touchant tous les jours avec de la teinture d'opium, ou, si cela ne réussit pas, avec la pierre infernale. Pendant l'emploi de ces moyens la tumeur diminue de plus en plus, devient blanche, et forme à la fin une cicatrice ferme, mais indélébile. Ce traitement est insuffisant lorsque la procidence est volumineuse, et ne doit surtout pas être tenté lorsque des varicosités de l'œil indiquent que cet organe est disposé à la dégénérescence carcinomateuse. Dans ces cas, quand la maladie n'est pas récente, et qu'on peut par conséquent supposer que des adhérences se sont formées entre l'iris et la cornée, la tumeur doit être enlevée d'un trait au moyen de ciseaux courbes sur leur plat. L'inflammation consécutive est ordinairement peu intense, et cède aux moyens ordinaires.

13.° *Adhérence de l'iris à la cornée (synéchie antérieure), ou à la capsule du crystallin (synéchie postérieure).*

A la suite d'inflammations de l'iris et de la cornée, de plaies pénétrantes de cette dernière et de la procidence de l'iris, cette membrane contracte des adhérences avec la cornée. L'adhérence peut être totale ou partielle : dans le premier cas la chambre antérieure n'existe plus; l'iris adhère dans toute son étendue à la cornée, qui est affectée d'un obscurcissement plus ou moins foncé en couleur; la vue est abolie. L'adhérence partielle de l'iris à la cornée se manifeste par l'obscurcissement de la cornée à l'endroit adhérent : on distingue très-bien cette adhérence en regardant l'œil de côté; la pupille est plus ou moins tiraillée, et la vûe plus ou moins troublée, suivant l'étendue de la maladie.

L'adhérence totale de l'iris à la cornée est incurable; celle qui est partielle peut être abandonnée à elle-même, lorsqu'elle ne trouble pas beaucoup la vue : dans le cas contraire, le seul moyen d'améliorer la vue du malade, consiste à agrandir la pupille du côté de la partie transparente de la cornée, ce qu'on fait par l'opération de la pupille artificielle.

L'adhérence de l'iris à la capsule crystalline se fait par suite de l'inflammation de ces parties, qui

s'est terminée par exsudation. Cette adhérence est également totale ou partielle : la première s'accompagne toujours de l'obscurcissement de la capsule crystalline, et par conséquent de la cécité; la pupille est immobile et son bord tiré en arrière. L'adhérence partielle de l'iris à la capsule du crystallin est tantôt immédiate, tantôt elle est établie par l'intermédiaire de filamens lymphatiques exsudés : quelquefois on voit l'adhérence dans l'état normal de l'œil, d'autres fois on ne l'aperçoit qu'en dilatant la pupille; l'endroit adhérent est tiraillé alors, et ne peut suivre le mouvement du reste de l'iris, ce qui produit une irrégularité de la pupille. Cette adhérence ne gêne pas toujours la vue; mais lorsqu'elle est très-étendue ou qu'elle est compliquée de cataracte, ce qui arrive fréquemment, elle trouble ou abolit la vue.

L'adhérence postérieure de l'iris ne peut être enlevée que par l'opération, et on ne pratique celle-ci que lorsque la maladie est compliquée de cataracte. Dans ces cas, avant de déprimer le crystallin, on peut couper avec l'aiguille une adhérence peu étendue, filiforme; mais si l'adhérence est considérable, cette opération est impraticable ou donnerait lieu à une inflammation qui se terminerait immanquablement par exsudation et par l'occlusion de la pupille; l'extraction de la cataracte, jointe à l'excision d'une portion de l'iris, présente seule

alors quelques chances de réussite (voyez l'article suivant).

14.° *Occlusion de la pupille et opération de la pupille artificielle.*

Je comprends sous le nom d'occlusion de la pupille les différens états qui ont été décrits par les auteurs sous les dénominations de : *imperforation de l'iris*, lorsque l'occlusion provient de la persistance de la membrane pupillaire après la naissance; *atrésie de la pupille*, lorsque l'occlusion est occasionée par l'adhérence des bords de la pupille entre eux, ce qui est ordinairement la suite d'inflammations vives de l'iris, produites quelquefois par l'opération de la cataracte; *synicesis* ou *synezizis*, lorsque l'ouverture pupillaire est obstruée par des exsudations lymphatiques ou par une fausse cataracte, suites d'ophthalmies, ou par un caillot sanguin, qui reste quelquefois dans la pupille à la suite d'épanchemens de sang dans les chambres de l'œil (*cataracta cruenta*). On peut aussi ranger parmi les occlusions de la pupille, celle qui résulte de l'adhérence du bord de la pupille à la capsule crystalline obscurcie.

L'occlusion de la pupille prive le malade de la vue; mais lui permet cependant, lorsqu'elle n'est pas compliquée, de distinguer le jour de la nuit. Les princi-

pales complications de l'occlusion de la pupille sont celles avec l'adhérence antérieure de l'iris, avec l'adhérence postérieure et la cataracte, avec le glaucome ou l'amaurose. La première de ces complications est facile à reconnaître; le diagnostic de la seconde, par contre, est très-difficile lorsque l'occlusion de la pupille est complète : on peut supposer qu'elle existe, lorsque l'inflammation qui a occasioné l'occlusion de la pupille, a été très-violente, et que le malade ne perçoit que faiblement la clarté du jour. La complication avec le glaucome et l'amaurose se manifeste par l'abolition de toute perception visuelle.

La membrane pupillaire, lorsqu'elle a persisté jusqu'après la naissance de l'enfant, se déchire ordinairement au bout de quelques jours ou de quelques semaines.

L'occlusion récente et partielle de la pupille par des exsudations lymphatiques, peut quelquefois encore être guérie par les instillations des préparations de jusquiame ou de belladone, et par l'usage des frictions mercurielles et des mercuriaux à l'intérieur, comme il a été dit à l'article *Inflammation de l'iris.* L'occlusion ancienne de la pupille est incurable par tout autre moyen que l'opération qu'on a nommée opération de la pupille artificielle; c'est ce qui m'engage à en parler ici, quoique cette opération puisse être indiquée et pratiquée dans des cas où il n'existe pas d'occlusion de la pupille.

L'*opération de la pupille artificielle* (*coremorphosis*) est l'acte par lequel, soit en élargissant la pupille naturelle, soit en en formant une nouvelle, on procure aux rayons lumineux l'accès dans l'intérieur de l'œil par une route artificielle, la route naturelle leur étant fermée par l'occlusion de la pupille normale, ou par l'obscurcissement de la partie de la cornée située en face de cette ouverture. Les altérations qui indiquent l'opération sont donc les taies centrales de la cornée, l'occlusion de la pupille, soit simple, soit compliquée de staphylome partiel de la cornée, d'adhérence partielle de l'iris à la cornée, de cataracte. Les contre-indications de l'opération sont : l'existence chez le malade d'une affection constitutionnelle, telle que la syphilis, l'arthritis, les scrophules; l'âge tendre; les époques de la vie où de grands changemens se font dans l'organisation, celles, par exemple, où la menstruation s'établit ou cesse de se faire; l'existence dans l'œil à opérer d'une amaurose ou de toute autre maladie qui, après l'opération, empêcherait la vue; enfin, l'état normal d'un œil contre-indique la formation d'une pupille artificielle sur l'autre, parce que l'opération pourrait donner lieu à l'inflammation consensuelle de l'œil sain. D'ailleurs, la réussite de l'opération dans ce cas ne procurerait au malade qu'une inégalité désagréable et gênante dans la force des deux yeux.

La formation d'une pupille artificielle est une opération qui échoue très-souvent, ce qui tient à la lésion considérable qu'éprouve le globe de l'œil, à la disposition de cet organe à s'enflammer, déterminée par les maladies antécédentes qui nécessitent l'opération, enfin à la difficulté de celle-ci par suite de la mobilité de l'œil et des accidens spasmodiques qui surviennent quelquefois pendant l'opération. Le pronostic est par conséquent toujours douteux; il est plus favorable lorsque l'individu est bien constitué et que l'œil est peu lésé, lorsque, par exemple, il n'existe qu'une taie à la cornée: le pronostic est par contre plus grave, lorsque l'individu est très-irritable, qu'il est sujet aux catarrhes, aux rhumatismes, aux érysipèles; que l'œil est fortement endommagé, que l'iris surtout est dans un état de boursoufflement ou de ramollissement. Sous le rapport de l'avantage que le malade doit retirer de l'opération, le pronostic sera d'autant plus favorable qu'on aura plus de place pour la formation de la pupille artificielle, et qu'on pourra rapprocher davantage celle-ci de la situation normale de la pupille. Du reste, le malade ne devra pas s'attendre à une vue bien nette; elle reste toujours plus ou moins faible, ce qui provient de la forte lésion que l'œil a éprouvée, de l'immobilité de la nouvelle pupille et de sa position anormale: car il est très-rare que les bords de la nouvelle pupille puissent se contracter

et que cette ouverture se trouve au centre de l'iris : ordinairement aussi la pupille artificielle a une forme irrégulière, anguleuse. Malgré tous les inconvéniens que présente l'opération de la pupille artificielle, elle n'en doit pas moins être pratiquée toutes les fois qu'elle est le seul moyen de rendre la vue à un malade, et que la position de celui-ci ne peut être rendue pire par l'opération.

On choisit, autant que possible, la belle saison et un jour clair pour pratiquer l'opération de la pupille artificielle, quoiqu'on puisse la faire dans toutes les saisons. Il est inutile de préparer le malade s'il est bien portant; s'il est infirme, on le met dans le meilleur état de santé possible. Afin d'éviter que l'œil ne fasse trop de mouvemens pendant l'opération, on l'habitue quelque temps auparavant au contact des instrumens, en le touchant plusieurs fois par jour avec une sonde ou avec l'extrémité des doigts.

Pendant l'opération, le malade, le chirurgien et les aides doivent être placés comme pour l'opération de la cataracte; comme dans celle-ci également la paupière supérieure est relevée par un aide, et la paupière inférieure abaissée par l'opérateur. L'élévatoire de la paupière supérieure de Pellier et la pique de Pamard sont employés dans les mêmes circonstances que pendant l'opération de la cataracte; enfin le pansement est le même après les deux opérations (voyez l'article *Cataracte*).

La situation la plus favorable d'une pupille artificielle, est celle qui se rapproche le plus de la situation normale de la pupille; on l'établira par conséquent aussi près du centre de l'iris que possible. Dans les cas où la pupille ne peut être faite qu'à la circonférence de l'iris, le côté interne mérite la préférence sur l'externe, celui-ci sur le bord inférieur, et ce dernier sur le supérieur; et cela parce que le bord interne est plus rapproché de la pupille normale que le bord externe, et que par conséquent l'œil aura moins de difficulté à placer la nouvelle pupille en face des objets, que si elle était située extérieurement : cette dernière position est cependant préférable à celle au bord inférieur, parce que celui-ci est déjà plus difficilement porté au centre de la fente palpébrale; enfin, le bord supérieur est presque toujours couvert par la paupière supérieure, et fournit la plus mauvaise place pour une pupille artificielle. Le plus souvent cependant nous n'avons pas le choix; la place de la nouvelle pupille nous est indiquée par l'état dans lequel se trouve l'œil en général, et surtout la cornée et l'iris. Lorsque ce dernier présente des parties altérées dans leur texture, on fait bien de les éviter. Toujours faut-il, si cela est possible, rendre la pupille artificielle plus grande que la pupille normale, et ne pas oublier qu'elle se rétrécit après l'opération; aussi l'étendue du tiers de l'iris n'est-elle pas trop forte pour une nouvelle pupille.

Les altérations si diverses qui nécessitent la formation d'une pupille artificielle, et les nombreux insuccès qui s'observent dans cette opération, ont fait imaginer une quantité prodigieuse de procédés opératoires, dont la description remplirait seule un volume; je me bornerai à donner une classification générale de ces procédés, et à décrire ceux d'entre eux qui me paraissent préférables; je renvoie pour la description de tous les procédés, aux ouvrages qui traitent *ex professo* de la pupille artificielle.

On a divisé les opérations de la pupille artificielle en deux grandes classes, suivant qu'on établissait la nouvelle pupille dans l'iris ou dans la sclérotique. Mais comme cette dernière opération, qu'on a nommée *scléroticectomie* (*sclérectomie*, *chorioidectomie*), n'a jusqu'ici présenté que des résultats peu favorables, je me bornerai à dire qu'elle consiste dans l'excision d'un lambeau comprenant une partie de la conjonctive, de la sclérotique, de la choroïde et de la rétine, et situé aussi près que possible de la partie antérieure de l'œil. Ce lambeau est taillé au moyen d'un couteau à cataracte et excisé avec les ciseaux. On espérait qu'une pellicule transparente prendrait la place de la portion excisée, et que le malade verrait par cette pupille; les faits ont cependant démontré que le plus souvent il se formait une cicatrice à peu près aussi opaque que la sclérotique; et lors même qu'elle l'est un peu moins, le ma-

lade ne parvient cependant jamais à distinguer les objets.[1]

Je ne parlerai donc que des opérations qui ont pour but la formation d'une pupille dans l'iris. Ces opérations sont faites d'après quatre méthodes principales, suivant qu'on incise l'iris, qu'on en excise une partie, qu'on le détache du ligament ciliaire, ou enfin qu'on l'enclave. Ces méthodes principales, ainsi que celles qui résultent de la combinaison de plusieurs d'entre elles, ont reçu des noms grecs latinisés et plus ou moins bien formés; j'aurai soin de les indiquer, mais je me servirai préférablement des noms français, qui, quoique plus longs, désignent cependant très-bien les différentes méthodes.

Première méthode. *Formation de la pupille artificielle par incision de l'iris* (iridotomia, coretomia, corotomia, coretotomia).

Cheselden[2] qui le premier pratiqua l'opération de la pupille artificielle, en 1728, se bornait à inciser l'iris. Cette méthode a été bien diversement mo-

---

1 Archives générales de médecine, Octobre 1833, pag. 256. — B. Stilling, *Die künstliche Pupillenbildung in der Sclerotica.* Marbourg, 1833. Ce dernier ouvrage contient tout ce qui a été publié antérieurement sur ce sujet par Schmid, Weber, Moesner, Ammon, etc.

2 Cheselden, *Anatomy of the human body. London*, 1732, *pag.* 19.

difiée depuis. Les uns introduisaient les instrumens par la sclérotique dans la chambre postérieure, et entamaient l'iris par sa face postérieure; les autres pénétraient d'abord par la cornée dans la chambre antérieure. Les uns, à l'imitation de CHESELDEN, faisaient à l'iris une incision horizontale; les autres préféraient la direction verticale; d'autres encore pratiquaient une incision cruciale ou en forme de V. Quelques chirurgiens ont combiné cette méthode avec l'enclavement (*iridotomencleisis*), en tâchant, après l'incision, de fixer une des lèvres de la plaie de l'iris dans la plaie extérieure.

La méthode par incision a le grand inconvénient d'occasioner une plaie qui se ferme très-facilement, et de donner souvent lieu à la blessure et par suite à l'obscurcissement du crystallin et de sa capsule. Aussi cette méthode est-elle peu pratiquée, malgré l'avantage qu'elle offre de pouvoir établir la pupille au centre de l'iris, et de rarement léser l'œil assez profondément pour empêcher une seconde opération par une autre méthode, si la première a échoué. La méthode par incision est indiquée lorsque l'occlusion de la pupille est due à la persistance de la membrane pupillaire : on pratique alors l'opération avec le plus d'avantage par le procédé suivant, qui est dû au professeur JÜNGKEN[1]. Après avoir préala-

1 JÜNGKEN, *Das Coreoncion, ein Beytrag zur künstlichen Pupillenbildung. Berlin und Leipzig*, 1817, *pag.* 21.

blement tendu l'iris par des instillations d'une préparation de jusquiame ou de belladone, on enfonce dans la partie de la cornée qui correspond au bord inférieur de la membrane pupillaire, une aiguille à cataracte, droite et tranchante des deux côtés : après l'avoir fait pénétrer dans la chambre antérieure de bas en haut, et les deux faces de l'aiguille regardant vers en haut et en bas, on la tourne de manière à diriger le tranchant vers l'iris; alors, par un mouvement de bascule imprimé à l'aiguille, on incise de haut en bas la membrane pupillaire, en ayant soin de ne pas blesser l'iris, et de ne pas enfoncer la pointe de l'instrument jusque dans la capsule crystalline; ensuite on fait, avec les mêmes précautions, deux incisions transversales, qui partent du bord de la membrane pupillaire et vont rejoindre l'incision verticale; puis on retire l'instrument dans la même direction qu'il avait en pénétrant. L'incision cruciale qu'on a faite, divise la membrane pupillaire en quatre lambeaux, qui sont peu à peu absorbés et laissent une pupille presque naturelle, mais toujours un peu anguleuse.

Après l'opération on ferme les paupières au moyen de deux bandelettes de taffetas gommé, et l'on met par-dessus une compresse qu'on laisse retomber devant l'œil, et qui est fixée au front par une bande ou un bonnet. Le repos absolu du malade et l'obscurcissement de la chambre contribuent au succès

de l'opération. Les accidens qui la suivent le plus facilement, sont une inflammatiou vive de l'œil, le rétrécissement ou l'oblitération complète de la nouvelle pupille, la cataracte par suite de la lésion de la capsule crystalline. L'inflammation indique l'emploi des moyens antiphlogistiques plus ou moins énergiques; la tendance au rétrécissement et à l'oblitération de la pupille, surtout par l'effet d'exsudations lymphatiques, est quelquefois combattue avec succès par les instillations de belladone et l'usage des mercuriaux à l'intérieur et en frictions; la cataracte, enfin, exige une nouvelle opération. Quelquefois l'opérateur sent, pendant l'incision de la membrane pupillaire, qu'il a pénétré trop profondément et lésé la capsule crystalline; dans ces cas il fait bien, pour éviter la cataracte, de ne pas retirer l'aiguille de l'œil sans avoir exécuté le broiement du crystallin.

DEUXIÈME MÉTHODE. *Formation de la pupille artificielle par excision d'une portion de l'iris* (iridectomia, corectomia, corenectomia, coretonectomia).

Les nombreux insuccès qui suivirent l'opération par incision, dûrent engager les chirurgiens à chercher une méthode plus sûre. REICHENBACH[1] proposa

1 J. F. REICHENBACH, *Cautelæ et observationes circa extractionem cataractæ, novam methodum synizesin operandi sistentes. Tubingæ*, 1767.

d'abord d'exciser une portion de l'iris; mais il paraît que Wenzel[1], père, en 1780, fut le premier qui appliqua cette idée, et forma une nouvelle pupille par l'excision d'une partie de l'iris. Son procédé a été bien diversement modifié depuis par un grand nombre d'auteurs; cependant il y a des cas pour lesquels il convient parfaitement, comme on verra plus bas. Parmi les oculistes qui ont pratiqué l'excision de l'iris, les uns introduisent les instrumens par la sclérotique, les autres par la cornée; les uns excisent dans l'intérieur de l'œil, soit au moyen de ciseaux, soit avec des instrumens imaginés pour cet usage; les autres n'excisent que la partie de l'iris dont ils ont préalablement obtenu le prolapsus au dehors de l'œil. La diversité des altérations qui nécessitent l'opération, réclame aussi une diversité dans les procédés opératoires; cependant tous les cas qui indiquent l'excision de l'iris, peuvent être opérés suivant deux procédés, celui de Wenzel et celui de Beer.[2]

La méthode par excision présente l'avantage de permettre la formation d'une pupille près du centre de l'iris, de ne pas donner lieu aussi facilement que les autres méthodes à la blessure de la capsule crys-

---

1 Wenzel, Traité de la cataracte. Paris, 1786.

2 G. J. Beer, *Ansicht der staphylomatösen Metamorphosen des Auges u. der künstlichen Pupillenbildung. Wien*, 1805, *p.* 114.

talline, de faire à l'iris une plaie nette par instrument tranchant, qui ne lèse pas l'œil aussi profondément qu'une plaie par déchirure; enfin, de permettre au sang qui s'épanche dans l'œil pendant l'opération, de s'écouler au dehors. Cette méthode n'est cependant pas toujours praticable; elle est indiquée, 1.° lorsque, le bord pupillaire de l'iris étant libre ou seulement adhérent dans une très-petite étendue, la cécité ne provient que d'un obscurcissement central de la cornée qui ne recouvre que la pupille; 2.° lorsqu'il y a occlusion de la pupille à la suite d'une opération de cataracte, et que les parties situées derrière l'iris paraissent conserver leur transparence, ce qui se dénote par la perception plus ou moins prononcée de la clarté; 3.° lorsque l'occlusion de la pupille est compliquée de cataracte.

La méthode par excision est contre-indiquée lorsque la plus grande partie de la cornée est obscurcie, et que la portion qui est claire se trouve tellement étroite, qu'elle ne manquerait pas d'être obscurcie par la cicatrice qui résulte de l'incision de la cornée : cette méthode est également contre-indiquée par l'adhérence très-étendue ou totale du bord pupillaire de l'iris à la cornée.

Lorsqu'une taie de la cornée ou l'atrésie de la pupille à la suite de l'opération de la cataracte nécessite la formation d'une pupille artificielle, le

procédé de Beer mérite la préférence; on a recours à celui de Wenzel, dans les cas où l'occlusion de la pupille est compliquée de cataracte.

Procédé de Wenzel. Il se fait en trois temps : incision de la cornée et de l'iris; extraction de la cataracte; excision du lambeau de l'iris. L'incision de la cornée se fait comme dans l'extraction de la cataracte par en bas, avec la différence cependant qu'au lieu de ne faire pénétrer le couteau que dans la chambre antérieure et de ménager l'iris, on fait au contraire pénétrer la pointe à travers l'iris, et avancer le couteau dans la chambre postérieure, de manière à former en même temps un lambeau demi-circulaire à la cornée et à l'iris. Ordinairement on ouvre aussi par cette incision la capsule crystalline, et le crystallin se présente dès qu'on retire le couteau; si cela n'avait pas lieu, on introduirait dans l'œil une aiguille à cataracte ou une lance, avec laquelle on inciserait la capsule du crystallin pour procurer une issue à ce corps obscurci. On passe ensuite au troisième temps de l'opération; un aide est chargé d'abaisser la paupière inférieure avec le doigt, et de soulever le lambeau de la cornée avec la curette de Daviel ou une petite spatule; l'opérateur prend d'une main une petite pince (fig. 11) avec laquelle il saisit le lambeau de l'iris, et de l'autre main il prend des ciseaux courbes sur leur plat ou même des ciseaux droits, avec lesquels

il excise tout le lambeau de l'iris. L'aide laisse alors retomber le lambeau de la cornée, auquel on donne la situation normale, puis on ferme l'œil, comme après l'opération par incision, et on traite le malade suivant l'intensité des symptômes inflammatoires qui succèdent.

Procédé de Beer. Cette opération se fait également en trois temps : dans le premier on incise la cornée; dans le second on occasionne une procidence de l'iris; dans le troisième, on coupe la partie de cette membrane qui fait saillie au dehors.

L'incision de la cornée se pratique avec un couteau à cataracte, soit en faisant pénétrer la pointe dans un endroit et ressortir par un autre, comme on fait dans l'opération de la cataracte, soit en introduisant le couteau jusqu'à une certaine distance dans la chambre antérieure, et en élargissant la plaie en retirant le couteau. Quelle que soit la manière qu'on préfère, toujours faut-il donner à l'incision une étendue de deux à trois lignes (d'une ligne suivant Beer) et la faire au bord de la cornée du côté le plus favorable à l'établissement de la pupille. Aussitôt qu'on a retiré l'instrument, il arrive souvent que l'iris s'engage dans la plaie de la cornée et vient faire saillie au dehors; le chirurgien abandonne alors la paupière inférieure à un aide, qui la tient abaissée, puis il prend d'une main la petite pince, avec laquelle il saisit l'iris pour en tirer au

dehors une portion suffisante : dans les cas où la pupille est libre, on tire sur l'iris jusqu'à ce que le bord pupillaire paraisse au dehors de la plaie; alors, avec des ciseaux courbes sur leur plat, l'opérateur excise toute cette portion de l'iris : ce qui se trouve engagé dans la plaie rentre aussitôt et laisse voir une pupille à travers laquelle le malade voit quelquefois, mais qui plus souvent se remplit de sang, lequel s'écoule en partie par la plaie de la cornée. Mais après l'incision de la cornée, l'iris ne vient pas toujours se présenter de lui-même au dehors; il faut, dans ce cas, introduire dans la chambre antérieure un petit crochet (fig. 14), avec lequel on saisit l'iris et on l'entraîne au dehors. En introduisant le crochet, on a soin de porter la convexité ou le dos de l'instrument en avant, afin de ne pas accrocher d'autres parties. Arrivé dans l'intérieur de l'œil, il suffit de diriger légèrement la pointe de l'instrument vers l'iris pour saisir cette membrane; si on faisait pénétrer la pointe trop profondément, elle traverserait l'iris et blesserait la capsule crystalline, ce qui serait suivi de l'obscurcissement de cette capsule, de la cataracte. En retirant le crochet et l'iris, l'opérateur doit avoir soin de leur faire traverser le milieu de la plaie de la cornée, afin d'éviter d'une part que la pointe du crochet n'aille s'enfoncer dans la cornée, et de l'autre que l'iris ne soit pas repoussé dans l'inté-

rieur de l'œil par les angles de la plaie, contre lesquels il pourrait être pressé. Si l'iris se déchire par l'action du crochet, on va le saisir avec la pince à dents (fig. 10) et on le retire de l'œil au moyen de cet instrument, qui cependant, à cause de son volume, tiraille un peu plus les lèvres de la plaie, et est par conséquent moins propre que le crochet à être introduit dans l'œil. Le traitement consécutif de l'opération est le même comme pour les autres procédés.

TROISIÈME MÉTHODE. *Formation de la pupille artificielle par décollement* (iridodialysis, corodialysis, coredialysis, coretodialysis).

A la suite de commotions violentes de l'œil ou pendant l'opération de la cataracte, il arrive quelquefois que l'iris se détache du ligament ciliaire, et qu'il se forme entre ce ligament et le bord ciliaire de l'iris une ouverture à travers laquelle l'individu perçoit les objets. L'observation de ce fait a dû engager les chirurgiens à tenter le décollement de l'iris pour la formation d'une pupille artificielle, surtout dans les cas où les autres procédés étaient inexécutables. SCARPA[1] et ADAM SCHMIDT[2] furent les premiers qui, au commencement de ce siècle,

---

1 SCARPA, *Saggio di osservazioni, etc. Pavia*, 1801.

2 HIMLY *und* SCHMIDT, *Ophthalmologische Bibliothek*, t. II, pag. 30.

pratiquèrent et décrivirent cette méthode. Depuis cette époque elle a attiré à un haut degré l'attention des oculistes, surtout en Allemagne, où elle a reçu de nombreuses modifications. Au commencement on se bornait à décoller l'iris au moyen d'une aiguille courbe qu'on introduisait, soit par la sclérotique, soit par la cornée; mais presque toujours, par suite du gonflement inflammatoire de l'iris, les parties séparées se rapprochaient et la pupille artificielle disparaissait de nouveau. On crut y remédier, mais sans succès, en incisant l'iris décollé (*iridotomedialysis*). Pour empêcher que l'iris décollé ne reprenne sa situation normale, LANGENBECK[1] proposa de tirer cette membrane au dehors et de l'enclaver dans la plaie extérieure, avec laquelle elle ne tarderait pas à contracter des adhérences. Ce procédé (*iridoencleisidialysis*), adopté par un grand nombre de praticiens, a été très-fréquemment couronné de succès. Il arrivait cependant encore quelquefois, surtout dans les cas où l'incision extérieure était trop grande, que l'iris se retirait de la plaie extérieure et, se rapprochant de nouveau de sa situation normale, faisait disparaître la pupille artificielle. Pour empêcher ce fâcheux résultat, ASSALINI[2] proposa le premier de retrancher la portion de l'iris

---

1 HIMLY u. SCHMIDT, *Ophthalmol. Bibliothek*, t. III, p. 156.

2 P. ASSALINI, *Ricerche sulle pupille artificiali. Milano*, 1811.

tirée au dehors de la plaie à la suite du décollement. Ce décollement avec excision de l'iris (*iridectome-dialysis*) étant le plus sûr de tous les procédés inventés pour la formation de la pupille artificielle par décollement, est aussi celui qu'on préfère généralement.

La méthode par décollement est précieuse, en ce qu'elle nous fournit le moyen de pratiquer une pupille artificielle dans des cas où toute autre méthode serait inexécutable ou inutile. Elle présente cependant aussi ses inconvéniens; elle lèse l'œil fortement; elle donne lieu facilement à la blessure de la capsule crystalline, et par suite à la cataracte; elle n'établit la pupille qu'au bord de la cornée, lui donne par conséquent une situation défavorable et bien différente de celle de la pupille naturelle.

La méthode par décollement est indiquée : 1.° lorsque, l'iris étant libre, la cornée est obscurcie dans sa plus grande étendue et ne reste claire qu'à son bord; 2.° lorsque le bord pupillaire est complétement ou presque complétement adhérent à la cornée; 3.° enfin, lorsque la paroi postérieure du crystallin ou la portion de l'hyaloïde qui tapisse la concavité antérieure du corps vitré est obscurcie (*cataracta hyaloïdea*) et qu'on n'est pas parvenu à enlever cet obscurcissement. Dans ce dernier cas on a pour but, en décollant l'iris, de permettre aux rayons lumineux de pénétrer dans le fond de l'œil en traver-

sant la partie latérale antérieure non obscurcie du corps vitré. Le décollement est contre-indiqué dans les cas spécifiés plus haut, où les méthodes par incision et excision sont indiquées.

La formation de la pupille artificielle par décollement avec excision, s'exécute en trois temps : dans le premier on incise la cornée; dans le second on décolle l'iris et on le tire au dehors; dans le troisième on coupe une partie de l'iris. L'incision de la cornée doit être longue de deux à trois lignes (une ligne à une ligne et demie pour le décollement avec enclavement) et faite avec le couteau à cataracte; elle doit être, si cela est possible, située dans la partie non obscurcie de la cornée; lorsque cela n'est pas praticable, on incise la partie obscurcie, mais alors il arrive quelquefois que l'obscurcissement augmente ou que la plaie ne se cicatrise pas facilement. La distance la plus convenable entre l'incision de la cornée et le bord de l'iris qu'on veut décoller, est de la moitié du diamètre de la cornée; si on rapproche davantage les deux points, on risque que l'obscurcissement de la cornée qui résulte de son incision ne couvre en grande partie la nouvelle pupille; si par contre on les éloigne trop l'un de l'autre, on est obligé de décoller l'iris dans une trop grande étendue pour l'amener au dehors.

La direction de l'incision varie suivant la place où on la pratique; elle doit être, autant que pos-

sible, parallèle au bord de l'iris qu'on décolle.

L'incision de la cornée étant faite, on introduit le petit crochet (fig. 14) perpendiculairement; dès qu'il a traversé la plaie, on lui donne une direction parallèle à la cornée, le long de laquelle on le fait glisser, jusqu'à ce qu'il soit parvenu derrière le bord de la cornée, où il éprouve de la résistance, ce qui indique qu'il touche au ligament ciliaire; on dirige alors la pointe du crochet légèrement vers l'iris, et on retire un peu l'instrument pour enfoncer la pointe dans la membrane, en se gardant toutefois de l'enfoncer trop profondément et de blesser la capsule crystalline. Quand on voit qu'on a saisi l'iris, on fait reprendre à la pointe du crochet sa direction première, et on tire lentement jusqu'à ce que la partie crochue de l'instrument soit arrivée derrière la plaie de la cornée par laquelle on la fait passer, en donnant à l'instrument la direction qu'il avait en pénétrant dans l'œil; on continue la traction jusqu'à ce qu'on ait tiré au dehors une portion suffisante de l'iris. On coupe alors cette portion avec des ciseaux courbes sur leur plat, et on ferme l'œil comme après les autres méthodes.

Lorsqu'on est obligé de faire l'incision dans un endroit obscurci de la cornée et que l'iris y est adhérent à cette membrane, on pénètre nécessairement dans la chambre postérieure, et le crochet se trouve placé derrière l'iris. Dans ce cas on fait

avancer le crochet jusque près du bord ciliaire de l'iris; on y accroche cette membrane en faisant pénétrer la pointe de l'instrument d'arrière en avant, et on termine l'opération comme dans les autres cas. Ce qu'il y a de difficile ici, c'est de connaître pendant l'opération la position du crochet; pour s'en assurer, on le presse contre l'iris en le faisant avancer; les mouvemens de cette membrane indiquent alors la position de l'instrument.

En se servant du crochet pour décoller l'iris, il arrive quelquefois qu'on accroche la cornée ou la capsule crystalline, qu'on éprouve de la difficulté à retirer l'instrument de l'œil, parce que sa pointe s'engage facilement dans la cornée, qu'enfin l'iris se détache de l'instrument avant qu'il n'ait été tiré au dehors. Pour obvier à ces inconvéniens, différens auteurs ont inventé des instrumens plus ou moins compliqués, qu'ils ont nommés *coreoncion*, *iridankistron*, *raphiankistron*, *labidobelonankistron*, et avec lesquels ils saisissaient l'iris. Mais la plupart des opérateurs et quelques-uns des inventeurs mêmes de ces instrumens, les ont abandonnés comme trop compliqués; d'ailleurs on peut éviter les inconvéniens reprochés au crochet simple, en le dirigeant bien, en plaçant toujours sa pointe dans la situation la plus favorable pour ne pas blesser les parties et ne pas lâcher l'iris une fois accroché. Quelquefois cependant l'iris au lieu de se décoller

se déchire; cela peut tenir ou à un état morbide, ou à l'endroit de l'iris qui a été accroché. Dans le premier cas l'iris est ramolli, il faut alors le saisir avec la pince au lieu du crochet; mais plus souvent, si l'iris se déchire, la faute en est à l'opérateur, qui a accroché cette membrane trop près du bord pupillaire, où elle est beaucoup moins résistante et se déchire beaucoup plus facilement que vers son bord ciliaire. Lorsqu'on s'aperçoit de la faute qu'on a faite, on tâche de la réparer en accrochant l'iris plus près de son attache au ligament ciliaire.

QUATRIÈME MÉTHODE. *Formation de la pupille artificielle par enclavement de l'iris* (iridoencleisis, corencleisis, iridoparelkysis, coroparelkysis).

Dans les cas où l'iris est libre ou très-peu adhérent à la cornée, mais où la pupille est recouverte d'un obscurcissement de la cornée, ADAMS[1] et HIMLY[2] ont proposé de ne pas former de pupille artificielle, mais de faire une incision à la cornée, de tirer dans cette plaie une portion suffisante de l'iris pour l'y enclaver, et en même temps pour attirer la pupille naturelle du côté où la cornée n'est pas

---

1 W. ADAMS, *A treatise on the most approved modes of restoring vision by the formation of artificial pupil. Lond.*, 1819.

2 HIMLY, *Bibliothek für Ophthalmologie, etc.*, t. I.er, p. 175.

obscurcie. Dans ces cas il vaut cependant mieux, après avoir tiré au dehors une grande portion de l'iris, l'enlever d'un coup de ciseaux, faire par conséquent l'opération par excision; le succès est plus assuré, et les accidens consécutifs sont même moins graves qu'après l'enclavement.

Pendant l'opération de la pupille artificielle d'après les trois méthodes principales, il se fait presque toujours un épanchement de sang dans la nouvelle pupille, ce qui nécessairement empêche le malade de voir. Cet épanchement se résorbe plus ou moins vite; des semaines entières se passent quelquefois avant que le sang n'ait disparu. Après l'opération le malade reste par conséquent privé de la vue pendant un temps plus ou moins long, ce qui dépend aussi du degré d'intensité des symptômes inflammatoires qui se manifestent à la suite de l'opération, et qui peuvent donner lieu à des exsudations, à l'occlusion de la pupille artificielle, à la suppuration et même à la destruction complète du globe de l'œil. Dans des cas rares on a vu les malades pouvoir se servir de l'œil opéré au bout de huit à dix jours; ordinairement il faut quelques semaines, et il serait même imprudent d'exposer l'œil trop tôt à la lumière. L'obscurité dans laquelle le malade se trouve au commencement ne doit être diminuée que peu à peu, et le malade ne doit se

servir de l'œil que le soir d'abord, ou à une faible clarté, afin de l'habituer lentement à une lumière plus forte.

Parmi les nombreux ouvrages qui ont été publiés sur l'opération de la pupille artificielle, je ne citerai, outre ceux déjà nommés dans cet article, que quelques-uns des principaux et des plus récens; le dernier est sans contredit le plus complet.

A. P. Demours, Observations sur une pupille artificielle, ouverte tout auprès de la sclérotique. Paris, 1800.

Forlenze, Considérations sur l'opération de la pupille artificielle, suivies de plusieurs observations relatives à quelques maladies graves de l'œil. Strasbourg, 1805.

T. W. G. Benedict, *De pupillæ artificialis conformatione. Lipsiæ*, 1810.

J. P. Maunoir, Mémoires sur l'organisation de l'iris et l'opération de la pupille artificielle. Genève, 1812.

Faure, Observations sur une pupille artificielle. Paris, 1814.

W. A. Schlagintweit, *Ueber den gegenwärtigen Zustand der künstlichen Pupillenbildung in Deutschland. München*, 1818.

W. Wagner, *Commentatio de coremorphosi. Gœtt.*, 1818.

G. J. Guthrie, *A treatise on the operation for the formation of the artificial pupil. London*, 1820.

C. H. Weller, *Ueber künstliche Pupillen und eine besondere Methode diese zu fertigen. Berlin*, 1821.

Van Onsenoort, *Bijdragen tot de Geschiedenes der Vorming van een kunstigen Oogapfel, etc. Utrecht*, 1829.

C. Heiberg, *Commentatio de coremorphosi. Christianiæ*, 1829.

15.° *Tumeurs ou excroissances de l'iris.*

On a vu dans des cas très-rares des tumeurs se développer sur l'iris. Ces tumeurs, après avoir acquis un certain développement, peuvent rester stationnaires, diminuer même et disparaître de nouveau, ou bien envahir les autres parties de l'œil et se changer en fongus médullaire ou hématode. Lorsqu'une telle tumeur reste stationnaire, le mieux est de n'y pas toucher; lorsque, au contraire, elle tend à devenir fongueuse et maligne, son extirpation devient nécessaire. Suivant que la tumeur se bornera encore à l'iris, ou qu'elle aura déjà envahi d'autres parties de l'œil, on extirpera, soit la partie antérieure de l'œil, comme dans l'opération du staphylome, soit la totalité du globe de l'œil.

Je ne parle pas ici des condylomes de l'iris; il en a été question à l'article *Ophthalmie syphilitique.*

AMMON's *Zeitschrift*, tom. I.er, pag. 492.

16.° *Staphylome de la sclérotique et du ligament ciliaire; cirsophthalmie (varicosité universelle de l'œil,* telangiectasia oculi).

On appelle staphylome de la sclérotique des tumeurs bleuâtres, qui se manifestent à la sclérotique et qui, suivant leur nombre, leur étendue et leur si-

tuation, sont plus ou moins apparentes et gênent plus ou moins les mouvemens du globe de l'œil. Lorsque ces tumeurs occupent la partie antérieure de la sclérotique tout autour du bord de la cornée, elles constituent ce qu'on a nommé *staphylome du corps ciliaire*. SCARPA a appelé *Staphyloma posticum* celui situé à la partie postérieure de la sclérotique. Ces tumeurs, qui se développent à la suite d'ophthalmies chroniques, ne consistent pas toujours dans la même altération; la sclérotique, il est vrai, est toujours distendue et amincie dans ce point; mais elle l'est tantôt par l'effet de la pression exercée sur elle par des vaisseaux variqueux de la choroïde, tantôt par une accumulation de sérosité qui se fait dans une petite étendue entre la sclérotique et la choroïde, et constitue une espèce d'hydropisie enkystée. Dans le premier cas la tumeur a une couleur plus foncée, et la vue est plus affaiblie que dans le second. Dans les deux espèces la tumeur peut se distendre au point qu'elle crève et laisse écouler au dehors du sang ou de la sérosité, après quoi elle s'affaisse pour reparaître au bout de quelque temps.

Lorsque la sclérotique présente un grand nombre de tumeurs formées par des vaisseaux variqueux de la choroïde, la maladie prend le nom de *cirsophthalmie*[1]. Dans ces cas le globe de l'œil est dur, la

---

[1] Quelques auteurs entendent par *cirsophthalmie* ou *oph-*

pupille immobile, la vue très-faible ou perdue; quelquefois on remarque même des varicosités, sous forme de petites élévations bleuâtres, dans l'iris. La maladie reste souvent stationnaire; d'autres fois le globe de l'œil, augmentant de volume, ne peut à la fin plus être recouvert par les paupières; il s'enflamme alors et finit par crever et s'atrophier, ou par se changer en fongus hématode.

Le traitement du staphylome de la sclérotique varie suivant la nature de la maladie. Lorsque la tumeur est due à une accumulation de sérosité, on peut y faire des ponctions, qui cependant ne sont que palliatives; il vaut mieux, si la tumeur est très-volumineuse et gênante, en exciser une partie avec le couteau à cataracte, en suivant les mêmes règles que pour l'opération du staphylome de la cornée; la plaie se cicatrise ensuite le plus souvent sans autre secours de l'art. Le staphylome est-il dû à la dilatation variqueuse des vaisseaux de la choroïde, les applications de glace à l'œil et les dérivatifs sur le canal intestinal parviennent quelquefois à en arrêter le développement ultérieur, si la maladie n'est pas encore bien avancée; celle-ci est-elle ancienne et reste-t-elle stationnaire, on fait bien de n'y pas tou-

---

thalmie variqueuse, une inflammation de la conjonctive avec dilatation variqueuse des vaisseaux de cette membrane; mais cette varicosité existe dans presque toutes les ophthalmies chroniques.

cher : il en est de même pour la cirsophthalmie qui reste stationnaire. Mais lorsque le globe de l'œil est très-volumineux, fait saillie hors de l'orbite et tend à la dégénérescence carcinomateuse, il ne reste d'autre moyen que la résection de la partie antérieure de l'œil, comme dans le staphylome de la cornée, ou, si la maladie occupe toute l'étendue du globe de l'œil, l'extirpation de celui-ci.

C. R. Lechla, *De staphylomate scleroticæ. Dissert. inaug. Lipsiæ*, 1830.

F. A. Rosenmüller, *Dissertatio inauguralis ophthalmiatrica de staphylomate scleroticæ nec non de melanosi et cataracta nigra. Erlangæ*, 1830.

17.° *Cataracte* (*suffusion*, hypochyma, gutta opaca). [Fig. 10, 11.]

La cataracte est l'opacité d'une ou de plusieurs des parties qui composent le système lenticulaire; lequel comprend le crystallin, la capsule crystalline et l'humeur de Morgagni.

C'est à tort que des exsudations lymphatiques, du pus ou du sang concrétés, placés au devant du crystallin, ont reçu les noms de *cataractes lymphatique*, *purulente*, *grumeuse;* ce sont de *fausses cataractes*, dont je ne parlerai pas ici.

La cause prochaine de la cataracte n'est pas toujours la même, et ne peut pas toujours être décou-

verte. Le plus souvent elle paraît consister, soit dans une inflammation aiguë ou chronique de la capsule crystalline, soit dans un vice de nutrition du système lenticulaire; anomalie de la fonction nutritive, analogue à celle à laquelle sont sujets les tissus fibreux et cartilagineux des vieillards, et par suite de laquelle ces tissus deviennent cartilagineux ou osseux. Quelquefois la cataracte se fait par défaut de nutrition du système lenticulaire, suite de la rupture des vaisseaux nourriciers de ces parties, produite par des commotions violentes de l'œil; d'autres fois la maladie consiste dans le ramollissement du crystallin (*phacomalacie*).

Les causes prédisposantes et occasionelles de la cataracte sont la vieillesse, les affections rhumatismales et goutteuses, l'exposition prolongée des yeux à une lumière très-vive, à des vapeurs acides; les ophthalmies, les contusions et commotions de l'œil, les blessures du crystallin ou de sa capsule. La cataracte est aussi héréditaire dans certaines familles, et se manifeste alors sans cause connue à un âge plus ou moins avancé; enfin, elle est quelquefois *congéniale*.

La cataracte se manifeste d'abord par le trouble de la vue; les malades voient les objets comme à travers un brouillard : plus tard seulement on remarque sur l'œil malade une opacité grise, blanche ou jaunâtre, située derrière la pupille, mais qui cependant n'occupe point le fond de l'œil : à mesure

que cette opacité augmente, la vue diminue; le malade qui au commencement voyait encore les objets, surtout le soir et en général à une clarté peu vive, puisque alors la pupille est dilatée, ou avec des verres concaves qui grossissent les objets, finit par ne plus distinguer que le jour de la nuit. Le développement de la cataracte se fait plus ou moins vite; ordinairement il est très-lent et dure quelques mois ou des années entières. Quelquefois, et surtout à la suite de commotions violentes de l'œil, la cataracte se forme dans l'espace de quelques jours; d'autres fois elle se développe d'abord assez rapidement, puis suit une marche plus lente ou reste même stationnaire. Le plus souvent la cataracte ne se manifeste d'abord qu'à un œil, et n'affecte l'autre que plus tard; quelquefois elle se borne à un œil, surtout lorsque les causes en étaient toutes locales (contusions, blessures, etc.).

Le diagnostic de la cataracte n'est pas difficile une fois que la maladie est avancée; mais à son début elle peut être confondue avec l'amaurose commençante. Ces deux maladies se distinguent par les symptômes suivans : dans la cataracte commençante la vue est troublée comme par un brouillard; elle est meilleure à une faible clarté, le soir, ou quand le malade tourne le dos à la fenêtre, qu'au grand jour, ce qui tient à la dilatation de la pupille qui a lieu dans le premier cas, et qui laisse alors

pénétrer des rayons lumineux par les bords du crystallin, qui ne se troublent pas aussitôt que le centre : aussi les malades marchent-ils ordinairement la tête baissée, afin d'ombrager les yeux, et souvent ils voient encore les objets placés vers le côté, tandis qu'ils ne distinguent plus ceux situés en face d'eux; les lunettes concaves, en faisant tomber les rayons sur la circonférence du crystallin, rendent les objets plus perceptibles; la cornée, la pupille et l'iris sont dans l'état normal; les mouvemens de celui-ci sont libres; enfin l'opacité est située immédiatement derrière la pupille, commence le plus souvent au centre de cette ouverture, et a une couleur grise, blanche ou jaunâtre. Dans l'amaurose commençante, au contraire, la diminution de la vue est souvent précédée et accompagnée de la vue d'étincelles, de mouches volantes, de céphalalgies opiniâtres. La vue est meilleure à une lumière vive qu'à un demi-jour; aussi les malades recherchent-ils la clarté et portent-ils la tête haute; ils ne distinguent pas mieux les objets placés de côté que ceux en face; les lunettes ne leur servent de rien; la pupille est le plus souvent dilatée, et l'iris immobile ou peu contractile. L'opacité qui accompagne souvent l'amaurose, est située très-profondément, paraît concave, et a une couleur verdâtre.

La cataracte présente un grand nombre de variétés : suivant son siége, elle est *lenticulaire* (*crystal-*

line), *membraneuse* (*capsulaire*), *lenticulo-capsulaire* (*crystallino-capsulaire*), *laiteuse* (*cataracte de Morgagni*); suivant la consistance du crystallin obscurci, la cataracte est *dure*, *pierreuse*, *molle*, *caséeuse*, *fluide*; suivant la configuration de l'opacité, la cataracte est *centrale*, *ponctuée*, *étoilée* (*stellata*), *à trois branches*, *arborescente* (*dentritica*, *chorioidalis*), *en zone* (*trabecularis*), *fenêtrée;* l'obscurcissement peut aussi n'occuper que la moitié du crystallin (*cataracta dimidiata*); suivant son degré de développement, la cataracte est *mûre* ou *non mûre;* suivant sa couleur, elle est *blanche*, *nacrée*, *grise*, *jaune*, *noire.*

Parmi les différentes espèces de cataractes, il y en a dont le diagnostic est important à cause de l'opération, et dont par conséquent je dois dire quelques mots; d'autres sont très-rares, et je me bornerai à les énumérer. A ces dernières appartiennent la cataracte *plâtreuse* ou *gypseuse;* les cataractes *cystique* et *branlante* (*nageante*, *tremula*, *natatilis*), qui sont des complications de la cataracte avec une dégénérescence du corps vitré, d'où résulte le tremblement de la cataracte; la cataracte *siliqueuse* (*arida siliquata*), ou obscurcissement et atrophie du crystallin; la cataracte *pyramidale*, qui fait saillie dans la pupille et adhère au bord pupillaire; la cataracte *putride* (*cataracta cum bursa ichorem continente*), qui est d'un jaune citron, et consiste dans

l'existence d'un amas purulent enkysté entre le crystallin et la paroi postérieure de la capsule crystalline.

Je m'arrêterai plus long-temps à quelques espèces de cataractes importantes à connaître.

La *cataracte crystalline* ou *lenticulaire* consiste dans l'opacité du crystallin, laquelle peut subsister long-temps sans entraîner l'obscurcissement de la capsule : elle est surtout fréquente chez les vieillards, se développe d'abord au centre du crystallin, ne devient jamais aussi grande que la cataracte capsulaire, d'où il résulte que la vue n'est pas aussi complétement abolie, et qu'entre le crystallin et l'iris on voit un espace noir qui peut provenir de l'ombre projetée par l'iris sur le crystallin obscurci, ou de la non-opacité des bords du crystallin. Cette cataracte est d'un gris sale, blanchâtre ou jaunâtre; l'opacité est plus intense au centre, et s'efface peu à peu vers les bords.

La *cataracte capsulaire* ou *membraneuse* présente trois variétés : la *cataracte capsulaire antérieure*, la *postérieure* et la *complète*, selon que c'est la paroi antérieure de la capsule crystalline, ou la paroi postérieure, ou la capsule entière qui est obscurcie. La première est la plus fréquente ; elle commence rarement au centre de la pupille, plus souvent sur les bords, par un ou plusieurs points blanchâtres, se développe plus rapidement que la cataracte crystal-

line, et acquiert une étendue plus considérable; aussi abolit-elle plus complétement la vue : la capsule obscurcie est tuméfiée, ce qui la rapproche davantage de l'iris, auquel elle s'applique quelquefois; on ne remarque aucune ombre entre le bord de la pupille et la cataracte. La cataracte capsulaire antérieure a une couleur blanche inégale, nacrée, formant des points ou des stries qui laissent entre eux des parties non obscurcies ou opaques à un moindre degré; elle s'accompagne presque toujours de l'opacité du crystallin. La cataracte capsulaire postérieure est très-rare; elle présente une opacité grisâtre, inégale, concave, située profondément, et ne troublant pas beaucoup la vue : il est impossible de la distinguer de l'obscurcissement de la partie de la membraue hyaloïde qui tapisse la concavité antérieure du corps vitré; obscurcissement nommé *cataracte hyaloïdienne* par quelques auteurs, mais dont l'existence est encore problématique. La cataracte capsulaire complète présente les mêmes symptômes que l'antérieure.

La *cataracte capsulo-lenticulaire*, *crystallino-capsulaire* ou *mixte*, consiste dans l'opacité de la capsule et du crystallin, et se manifeste par la superposition de deux couches opaques : on voit un obscurcissement gris ou blanc, mais égal, à travers les endroits moins obscurcis de la capsule, qui a un aspect nacré. Cette cataracte, étant très-volumi-

neuse, s'applique au bord pupillaire de l'iris, rend par là les mouvemens de cette membrane plus gênés, et abolit tout-à-fait la vue.

La *cataracte laiteuse* ou *cataracte de Morgagni*, ou trouble de la liqueur de Morgagni, est caractérisée par la couleur laiteuse, qui, si l'œil est resté tranquille pendant quelques instans, est plus intense à la partie la plus déclive, mais devient nuageuse dès que l'organe fait des mouvemens violens. La capsule et le crystallin ne tardent pas à se troubler; ce dernier se dissout quelquefois complétement dans l'humeur de Morgagni, et constitue alors la *cataracte fluide*, qu'on observe surtout chez les enfans affectés de *cataracte congéniale.*

Une division de la cataracte, très-importante dans la pratique, c'est celle en dure, molle et fluide; je viens de parler de la dernière. Quant à la *cataracte dure*, elle est d'un gris jaunâtre; l'opacité est très-forte au centre, mais peu étendue, de manière qu'elle n'abolit pas complétement la vue; elle est crystalline, se remarque surtout chez les vieillards, et ne se développe que lentement. Le crystallin est plus ou moins dur, quelquefois corné, mais toujours plus mou à la circonférence qu'au centre.

La *cataracte molle* est blanche, floconneuse, inégalement obscurcie; elle interrompt complétement la vue et affecte surtout les individus peu âgés. Ce sont les cataractes capsulo-crystallines qui pré-

sentent souvent ce ramollissement, lequel peut atteindre un degré plus ou moins prononcé; de là les noms de *cataracte gélatineuse*, *caséeuse*, etc. Au centre le crystallin présente presque toujours un noyau plus dur.

Parmi les autres variétés de la cataracte, il n'y a que la cataracte centrale et la cataracte noire qui méritent d'être mentionnées à part.

La *cataracte centrale* consiste dans une opacité de l'étendue d'une tête d'épingle, qui se trouve au centre du crystallin ou de la paroi antérieure de la capsule. Cette opacité, souvent congéniale, reste stationnaire pendant toute la vie, et ne trouble pas beaucoup la vue; elle occasionne à quelques malades une oscillation perpétuelle des yeux (*nystagmus*); d'autres aperçoivent constamment un point noir sur tous les objets qu'ils regardent.

La *cataracte noire* a été souvent confondue avec l'amaurose, et le vulgaire se sert même quelquefois de cette expression comme synonyme de goutte sereine. Dans la cataracte noire le crystallin a une couleur plus ou moins foncée; la pupille est alors d'un noir mat, et ne reflète pas l'image de la personne qui examine l'œil; on observe en outre la mobilité de l'iris et la diminution du trouble de la vision à une faible clarté, ce qui distingue cette cataracte de l'amaurose.

Pendant qu'une cataracte se développe, on dit

qu'elle est *non mûre;* elle est *mûre*, au contraire, lorsque le travail morbide qui lui a donné naissance est achevé et n'existe plus, qu'il ne reste que son résultat, c'est-à-dire la cataracte. Il est souvent impossible de dire si ce travail morbide existe encore ou non, la cataracte restant quelquefois stationnaire par intervalles, ou ne se développant que très-lentement; mais toutes les fois que la cataracte se développe encore, que par conséquent elle n'est pas mûre, l'opération est contre-indiquée, parce qu'elle donnerait lieu, soit à une inflammation très-vive, soit à la transposition du travail morbide sur le corps vitré ou la rétine, d'où résultent le glaucome et l'amaurose.

La cataracte n'est pas toujours une maladie simple; elle peut être compliquée d'autres affections tant générales que locales, d'arthritis, de syphilis, d'adhérence à l'iris (*cataracta accreta*), de staphylomes, de taies, d'amaurose, de glaucome, de synchyse, etc. Les trois dernières de ces complications sont quelquefois difficiles à reconnaître à leur début, et cependant leur diagnostic est très-important, parce qu'elles contre-indiquent l'opération. La cataracte avec amaurose (*cataracte amaurotique*) se caractérise en général par la cécité absolue et l'immobilité de la pupille; cependant, lorsque l'amaurose n'est que commençante, les deux symptômes n'existent pas, et par contre ils peuvent exister sans amaurose,

lorsque la cataracte est extrêmement volumineuse, l'opacité très-intense, et que la capsule crystalline est adhérente au bord pupillaire de l'iris; dans ces cas on a égard à la marche qu'a suivie la maladie : si pendant le développement de la cécité le malade était tourmenté de violentes céphalalgies, s'il voyait des étincelles ou des mouches volantes, et, à plus forte raison encore, si la vue avait déjà fortement diminué avant l'apparition de l'opacité dans l'œil, il est probable que la cataracte est compliquée d'amaurose : le plus souvent cette dernière se manifeste avant la cataracte. La complication du glaucome avec la cataracte (*cataracte glaucomateuse*) se trahit par la couleur verdâtre de la cataracte, par l'immobilité et la dilatation de la pupille, la cécité absolue. La synchyse qui accompagne la cataracte, se dénote par la cécité absolue et par la mollesse du globe de l'œil; c'est dans ces cas qu'on observe la cataracte branlante ou la fluctuation du crystallin.

Le pronostic de la cataracte est toujours grave. Les guérisons sans opération sont très-rares, et ne réussissent guères qu'au début de la maladie; quant à l'opération elle-même, elle échoue encore assez souvent. Le pronostic est plus favorable lorsque la cataracte est crystalline, d'une étendue moyenne, mûre; qu'elle est une maladie absolument locale; que les yeux sont bien proportionnés, le malade calme, l'opérateur adroit, les soins à donner au ma-

lade suffisans et bien dirigés. Dans les circonstances opposées le pronostic est défavorable, surtout lorsque la cataracte est produite par une maladie constitutionnelle qui existe encore, ou que son développement a été accompagné de céphalalgies violentes. Chez les vieillards bien portans, l'opération réussit mieux qu'à tout autre âge; les individus d'un âge mûr sont les moins bien disposés, chez eux les accidens inflammatoires et nerveux sont plus intenses que chez les vieillards et les jeunes gens.

Après l'opération la vue est rarement aussi bonne que celle d'un œil sain; cependant les myopes voient souvent mieux après l'opération qu'avant, tandis que les presbytes voient beaucoup moins bien, et sont obligés de se servir de lunettes à verres biconvexes.

Le traitement de la cataracte consiste d'ordinaire dans l'opération. On a vu cependant des cas, à la vérité très-rares, où l'on est parvenu à guérir la cataracte par l'usage des médicamens : aussi au début de la maladie peut-on recourir à ces moyens. Si la cataracte se forme par l'effet d'une inflammation aiguë de la capsule crystalline, on emploie les évacuations sanguines, les applications froides sur l'œil, les dérivatifs sur le canal intestinal. L'inflammation a-t-elle une marche moins aiguë, les frictions mercurielles autour de l'orbite, les vésicatoires volans, la pommade ammoniacale, sont indiqués; c'est aussi dans ces cas qu'on a recommandé les mercuriaux,

les antimoniaux, l'arnica, la belladone, l'aconit et surtout la pulsatille, qu'on a administrée en extrait à la dose de cinq grains à un scrupule. L'électricité et le galvanisme ont également été prônés dans ces cas.

Communément tous ces moyens échouent, et l'opération est seule capable de rendre la vue aux malades. L'opération cependant a aussi ses contre-indications, qui sont : la complication de la cataracte avec l'amaurose, le glaucome, la synchyse, l'hydrophthalmie, la varicosité du globe de l'œil, les ophthalmies, la syphilis ou quelque autre maladie grave ; l'adhérence de plus du tiers de l'iris à la capsule crystalline ; l'époque de la dentition, de l'établissement, de la cessation de la menstruation. L'enfance ne contre-indique pas l'opération, comme on le croyait autrefois ; celle-ci peut même, lorsque la cataracte est congéniale, être pratiquée dans les premières semaines de la vie, et doit l'être au moins dans les premières années, afin que l'enfant ne soit pas privé d'un sens si essentiel à son éducation, et dont plus tard il n'apprendrait plus à se servir qu'incomplétement, soit à cause de l'habitude qu'il aurait prise de se servir du toucher, soit à cause d'une mobilité très-grande des yeux qu'on remarque chez les aveugles-nés, et qui leur reste pendant toute la vie, lorsqu'ils n'ont pas été opérés dans leur enfance.

La goutte, les rhumatismes, les scrophules, doi-

vent être guéris avant l'opération, si cela est possible : si ces affections sont incurables, on doit opérer également, quoique alors le pronostic soit très-fâcheux. L'opération est contre-indiquée, lorsque la cataracte n'est pas mûre. On fait bien encore de ne pas opérer aussi long-temps que le malade voit bien d'un œil : ce précepte cependant n'est pas admis par tous les médecins ; il y en a qui opèrent l'œil cataracté, lors même que l'autre remplit parfaitement ses fonctions ; ils agissent ainsi parce que, disent-ils, on voit mieux avec deux yeux qu'avec un seul, et que la présence d'une cataracte dans un œil occasionne son développement dans l'autre. Mais la première de ces assertions n'est pas généralement vraie, car on voit très-souvent des individus qui, après avoir perdu un œil, n'ont pas la vue plus faible qu'auparavant. Quant à la sympathie qui lie les deux yeux, elle est incontestable, et le plus souvent la cataracte d'un œil est suivie de celle de l'autre ; mais l'opération de l'œil cataracté n'empêche pas ce développement consécutif de la maladie dans l'autre œil ; et d'ailleurs il arrive encore assez fréquemment que des individus portent pendant de longues années, et même jusqu'à leur mort, une cataracte à un œil, sans que l'autre s'en trouve affecté. L'opération n'est pas seulement inutile dans ces cas, elle peut aussi avoir des inconvéniens plus ou moins graves ; elle occasionne quelquefois l'in-

flammation et la désorganisation de l'œil opéré, et par conséquent une difformité qui n'existait pas auparavant. L'inflammation ne se borne même pas toujours à l'œil opéré; l'œil sain y participe quelquefois, et peut également être désorganisé, de sorte que le malade qui voyait bien avant l'opération, se trouve aveugle après. Enfin, lorsque l'opération réussit, il en résulte une inégalité dans la force des deux yeux, qui souvent oblige le malade à se servir, pour bien voir, de verres de forme différente. Il est par conséquent prudent de ne pas opérer les individus qui voient d'un œil, à moins que, malgré les observations qu'on a pu leur faire, ils persistent à demander l'opération.

Il n'en est pas de même de ceux chez lesquels la cataracte, étant mûre à un œil, commence à se former à l'autre, et dont la vue est déjà plus ou moins troublée. On est sûr alors que la cataracte continuera à se développer, et c'est pour empêcher que le malade ne soit pendant quelque temps privé complétement de la vue, qu'on opère l'œil sur lequel la cataracte est mûre, avant qu'elle n'ait atteint sa maturité sur l'autre œil.

Quand les deux yeux sont affectés de cataracte, doit-on les opérer le même jour? Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Il est vrai que l'inflammation, qui est le principal accident à craindre après l'opération, atteint rarement les deux yeux

avec la même intensité, et qu'ordinairement on parvient à en sauver un ; mais le contraire arrive quelquefois. Lorsqu'on opère dans des circonstances défavorables ou par une méthode comme l'extraction, qui, après l'opération, exige pour le malade des soins qu'on suppose pouvoir lui manquer, on fait bien de se borner à un œil ; mais dans les circonstances favorables il vaut mieux opérer les deux yeux à la fois, pour faire jouir plus complétement le malade du bénéfice de l'opération, sans lui en faire subir deux fois les risques et les désagrémens.

Avant l'opération on met les malades dans le meilleur état de santé possible ; ceux qui sont très-irritables et très-pusillanimes, supportent l'opération avec plus de calme, s'ils ont pris un léger narcotique ; ceux qui sont bien portans, n'exigent aucune préparation. Mais comme il est bon que, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération, le malade fasse aussi peu de mouvement que possible, on lui donne la veille un laxatif, et quelques heures avant l'opération un lavement, afin qu'il ne soit pas obligé d'aller à la selle de sitôt. On fait préparer au malade un lit bien égal, et dont l'oreiller sera fait de crins, préférablement au duvet, qui échauffe la tête.

La veille, ou quelques heures avant l'opération, on instille dans l'œil à opérer deux ou trois gouttes d'une préparation de belladone ou de jusquiame, et on répète cette instillation une demi-heure avant

l'opération, afin de dilater la pupille et de mieux voir la cataracte et les instrumens engagés dans l'œil.

La chambre dans laquelle l'opération se fait, doit être claire et n'avoir qu'une croisée ; si elle en a plusieurs, on ferme les volets et les rideaux, excepté à l'une d'elles, afin que les rayons lumineux ne viennent pas de différens côtés frapper l'œil, ce qui empêche l'opérateur de distinguer nettement l'intérieur de l'organe. Le malade est placé obliquement vers la fenêtre, dans une position telle que la lumière pénètre dans l'œil du côté du nez, et que la main de l'opérateur ne l'intercepte point pendant l'opération. Quelques chirurgiens opèrent le malade étendu dans son lit; mais cette position est gênante pour l'opérateur : il vaut mieux faire asseoir le malade sur un siége sans dossier, ou à dossier très-élevé. Un aide se place derrière lui, applique une main sur le front du malade et l'autre au-dessous du menton, et tient ainsi la tête fixée contre sa poitrine ou contre le dossier de la chaise. Lorsqu'on opère l'œil gauche, c'est la main droite que l'aide applique sur le front, et *vice versa;* avec le doigt index et le médius de cette main il relève la paupière supérieure, en la tenant fixée contre le rebord orbitaire. L'extrémité des doigts doit dépasser la paupière et, sans toucher l'œil, être cependant placée assez près de cet organe pour toucher la cornée, si celle-

ci, en fuyant l'instrument, voulait se cacher à la partie supérieure et interne de l'orbite.

L'opérateur peut se tenir debout ou être assis en face du malade; mais il faut que la tête de ce dernier ne soit qu'à la hauteur des épaules du chirurgien, afin que celui-ci puisse voir d'en haut l'intérieur de l'œil, et qu'il ne soit pas obligé de tenir le bras trop élevé, ce qui le fatiguerait et le rendrait moins maître des mouvemens qu'il fait faire aux instrumens. Ceux-ci sont tenus de la main droite, lorsque c'est l'œil gauche qu'on opère, et *vice versa.* Avec l'index de la main libre l'opérateur abaisse la paupière inférieure, il place le médius dans l'angle interne de l'œil, et fait faire à ces deux doigts une légère saillie vers l'œil, suffisante pour toucher la cornée, si, pendant l'opération, celle-ci se dirigeait vers la partie interne inférieure de l'orbite.

Quelques chirurgiens préfèrent de relever la paupière supérieure (et même d'abaisser l'inférieure) avec l'*élévatoire de Pellier* (fig. 9); c'est un fil d'argent double, qui est recourbé en forme de crochet à ses extrémités : on s'en sert avec avantage lorsqu'on n'a pas à sa disposition un aide bien intelligent, ou lorsque les paupières sont courtes et tendues. Pour relever la paupière supérieure, on peut introduire au-dessous d'elle l'extrémité crochue de l'instrument, et presser la paupière contre le rebord orbitaire; mais on cause moins d'irritation en évitant de

toucher la conjonctive et en appliquant l'extrémité de l'instrument sur la peau palpébrale près du cartilage tarse. Au moyen de la partie recourbée de l'élévateur, on pousse alors la paupière dans l'orbite, et on la fixe ainsi en serrant la partie concave de l'instrument contre le rebord orbitaire, et en chargeant l'aide d'en tenir la partie droite ou la tige appliquée au front du malade.

Les mouvemens que l'œil fait pendant l'opération, la rendent difficile et quelquefois impossible : pour les prévenir on a imaginé des instrumens nommés *ophthalmostates*, dont l'usage doit être évité autant que possible, parce qu'ils irritent l'œil fortement; quelquefois cependant, surtout chez les aveugles-nés, l'œil est tellement mobile que toute opération serait impossible si on ne parvenait à le fixer. Dans ces cas rares un ophthalmostate peut être utile; celui qui mérite la préférence est le *dard* ou la *pique de Pamard* (fig. 13), qu'on enfonce dans la sclérotique à la partie extérieure et supérieure ou intérieure et supérieure, et qu'on donne à tenir à un aide.

Un moyen moins dangereux d'empêcher les mouvemens trop vifs de l'œil, consiste à exercer une légère compression sur l'autre œil, au moyen de quelques plumasseaux de charpie qu'on fixe par une bande.

Avant de procéder à l'opération, on prépare, outre les objets déjà cités (élévatoire de Pellier, pique

de Pamard, charpie, bande), les instrumens nécessaires pour l'opération; les pièces du pansement, qui consistent dans quelques bandelettes de taffetas gommé et d'emplâtre agglutinatif, une compresse et une bande ou un bonnet de nuit pour la fixer; enfin, quelques moyens propres à remédier aux accidens spasmodiques, lypothymies, vomissemens, etc., qui peuvent survenir pendant l'opération : parmi ces moyens les plus utiles sont de l'eau froide, de l'éther, de la teinture d'opium.

L'opération de la cataracte a pour but d'enlever de l'axe visuel la partie opaque du système lenticulaire, qui empêche les rayons lumineux de parvenir jusqu'à la rétine. Ce but, on peut l'atteindre de trois manières : 1.° en incisant l'œil et en faisant l'extraction de la partie opaque; 2.° en laissant le corps opaque dans l'œil, mais en le poussant hors de l'axe visuel, c'est-à-dire en le déprimant dans le corps vitré; enfin, 3.° en laissant le corps opaque dans l'œil, mais en l'incisant de manière à ce que, dissous peu à peu dans l'humeur aqueuse, il soit complétement absorbé. De là trois méthodes principales pour l'opération de la cataracte, savoir : l'*extraction*, l'*abaissement* ou la *dépression*, le *broiement* ou la *discission*. Chacune de ces méthodes a ses indications et ses contre-indications; et quoiqu'il y ait beaucoup de cataractes qui peuvent être opérées indistinctement par l'une ou l'autre de ces méthodes, il y en a cependant beau-

coup aussi qui ne sauraient l'être avec succès que par l'une d'elles exclusivement. Le médecin qui ne sait opérer que par l'une de ces méthodes, se prive par conséquent d'une grande ressource, et doit être fréquemment embarrassé.

Extraction. Cette opération consiste, comme son nom le dit, dans l'extraction de la cataracte hors de l'œil, ce qui se fait par une incision, soit de la cornée (*kératotomie*), soit de la sclérotique (*scléroticotomie*). L'extraction par la sclérotique a cependant présenté des résultats si peu favorables qu'on l'a abandonnée, et qu'en parlant de l'extraction, on entend généralement celle par la cornée. Depuis que DAVIEL[1] attira, en 1745, l'attention des médecins sur cette méthode rarement pratiquée avant lui, elle a subi diverses modifications, qui ont surtout porté sur la construction des instrumens, sur la direction à donner à l'incision de la cornée, sur le nombre des temps de l'opération. Je me bornerai à décrire le procédé que je préfère, en indiquant toutefois les autres procédés encore en usage, ainsi que leurs avantages et leurs inconvéniens.

L'extraction présente le grand avantage de rendre la vue plus complétement et plus vite que les autres

---

1 J. DAVIEL, Sur une nouvelle méthode de guérir la cataracte par l'extraction. (Mémoires de l'académie de chirurgie, tom. II, pag. 337.)

méthodes, et de ne pas exposer le malade à la récidive. Elle a par contre l'inconvénient d'occasioner une plaie étendue à la cornée, et de rendre le malade bien plus impressionnable et plus sujet à l'inflammation de l'œil, qui peut détruire la vue, ce qui provient non-seulement de l'incision de la cornée, mais aussi du tiraillement qu'éprouve quelquefois l'iris par le passage du crystallin à travers la pupille. Il est vrai de dire que cette terminaison funeste de l'inflammation n'a pas lieu aussi fréquemment qu'on pourrait le penser, ce qui paraît dû au relâchement qui se fait dans l'œil par suite de l'écoulement de l'humeur aqueuse.

L'extraction est indiquée chez les individus peu disposés aux inflammations, les vieillards par exemple; elle est indiquée aussi lorsque la cataracte est crystalline, dure, capsulo-crystalline avec dégénérescence de la capsule ou du crystallin; lorsque la cataracte a été opérée sans succès par une autre méthode, ou que le crystallin est tombé dans la chambre antérieure. L'extraction est contre-indiquée chez les sujets irritables, peu avancés en âge, dans la cataracte molle ou fluide, dans les cas où l'œil est trop proéminent, ce qui le dispose à l'écoulement de l'humeur vitrée, ou trop enfoncé dans l'orbite, ce qui rend l'incision de la cornée difficile ou impossible; elle est également contre-indiquée lorsque la cornée est malade, que la chambre antérieure est

très-étroite, que les malades sont affectés d'une toux chronique, ne peuvent rester couchés sur le dos, ou ne peuvent se procurer les soins bien plus nécessaires après cette opération qu'après toute autre.

Les instrumens nécessaires pour l'opération sont: 1.° Un couteau à cataracte (*kératotome*, *cératotome*): celui de Beer mérite la préférence (fig. 15); 2.° une aiguille à cataracte droite, dont les côtés soient bien tranchans (fig. 16); 3.° une curette de Daviel (fig. 19 *b*); 4.° une pince oculaire (fig. 11); 5.° un petit crochet (fig. 14); 6.° des ciseaux courbes sur leur plat (fig. 12).

Pour pratiquer l'opération, on saisit le couteau avec les trois premiers doigts de la main droite lorsqu'on opère à gauche, et de la main gauche lorsque c'est l'œil droit qui est affecté : on applique l'index et le médius d'un côté du manche de l'instrument et le pouce de l'autre, de manière que ce dernier doigt soit placé en face de l'intervalle que laissent entre eux les deux premiers; on réfléchit l'annulaire dans la paume de la main afin qu'il ne gêne pas, et on appuie le petit doigt sur la face du malade, afin qu'il serve de support à la main pendant l'opération; puis on enfonce la pointe de l'instrument, perpendiculairement à la cornée, dans cette membrane, à une demi-ligne de la sclérotique et à l'extrémité externe du diamètre qui partage la cornée horizontalement en deux parties égales. Lorsque la pointe du cou-

teau a pénétré dans la chambre antérieure, ce qu'on reconnaît au lustre de cette pointe, comparé à la couleur mate de la partie de l'instrument engagée dans l'épaisseur de la cornée, et au défaut de résistance qui se fait sentir, on dirige le manche du couteau vers la tempe, de manière à donner à la lame une direction telle que, poussée en droite ligne, sa pointe vienne sortir à la partie de la circonférence de la cornée diamétralement opposée à celle par laquelle elle est entrée, et que le tranchant du couteau incise toute la demi-circonférence inférieure de la cornée, parallèlement au bord de cette tunique et aussi près que possible de la sclérotique. Lorsqu'il ne reste plus qu'une ligne ou une ligne et demie de la cornée à couper pour achever l'incision, l'aide laisse la paupière s'abaisser légèrement sur la cornée; l'opérateur, en poussant alors encore un peu le couteau, achève l'incision et retire l'instrument hors de l'œil, qui est aussitôt recouvert par les paupières, que l'aide et le chirurgien lâchent tout-à-fait. Après avoir laissé le malade se reposer un instant, l'aide relève de nouveau la paupière supérieure, et l'opérateur abaisse l'inférieure sans presser ni même toucher le globe de l'œil. Le chirurgien prend alors l'aiguille à cataracte, il en introduit la tige sous le lambeau de la cornée; parvenu vis-à-vis la pupille, il retire l'aiguille jusqu'à ce que la pointe en fer de lance soit parvenue à l'en-

trée de cette ouverture, dans laquelle il l'engage, la fait remonter jusque derrière l'iris vers la partie supérieure de la capsule crystalline; puis, en dirigeant le tranchant de l'aiguille vers le crystallin et en relevant le manche, il incise la capsule crystalline dans une direction verticale; il retire ensuite l'instrument par la voie la plus courte, en ayant soin de ne pas léser l'iris. L'aide abandonne aussitôt la paupière supérieure, et l'opérateur lâche l'inférieure. Le crystallin est le plus souvent poussé vers la pupille par la contraction des muscles de l'œil, qui est excitée par l'incision de la capsule. Si la contraction est assez forte et la pupille suffisamment dilatée, le crystallin franchit cette ouverture et vient tomber sur la joue du malade : on favorise cette sortie spontanée en tournant le malade vers l'obscurité, et en l'engageant à faire quelques mouvemens des yeux, surtout à regarder vers le ciel. Lorsque ces moyens ne suffisent pas, on exerce une légère pression sur la partie inférieure du globe de l'œil; cette pression se fait le mieux au moyen de la paupière inférieure, qu'on pousse légèrement dans l'orbite. Après la sortie du crystallin, on cesse aussitôt la pression et on laisse le malade se reposer un instant; puis l'opérateur entr'ouvre les paupières et examine si la pupille est bien claire, ou bien si des portions opaques de la capsule crystalline ou des parties ramollies du crystallin (*accompagnemens de la cataracte*) sont restées dans

l'œil; il éloigne ces dernières en pressant doucement la cornée de haut en bas avec la curette de Daviel, ou en introduisant dans l'œil cet instrument ou la pince, et en faisant l'extraction de ces parties; s'il aperçoit des lambeaux opaques de la capsule, il les saisit avec la pince ou le crochet. Tous ces instrumens doivent être introduits de manière à froisser l'œil aussi peu que possible; leur usage est alors toujours préférable aux injections d'eau tiède, que M. Forlenze emploie pour entraîner au dehors les restes du crystallin. Dès que la pupille est claire, on examine si le lambeau de la cornée est bien appliqué au bord opposé; puis on abaisse la paupière supérieure, et on laisse de nouveau reposer un instant le malade. Ensuite, après avoir rouvert l'œil avec précaution, on montre au malade quelque objet non luisant, pour se convaincre s'il voit ou non. Cet essai, qui a pour but principal de tranquilliser le malade et lui faire supporter plus patiemment l'occlusion des yeux, ne doit cependant pas être prolongé : on referme les paupières, on les essuie avec un linge fin, puis on applique à l'inférieure l'extrémité d'une bandelette agglutinative; on tire sur cette bandelette jusqu'à ce qu'on ait produit entre les deux paupières un écartement de deux lignes, puis on la fixe à la joue et à la mâchoire inférieure; par là on empêche que le bord libre de la paupière inférieure ne s'engage entre les lèvres de

la plaie de la cornée, ce qui occasionnerait l'inflammation et la perte de l'œil. Afin que le malade n'ouvre pas trop tôt l'œil opéré, on le ferme au moyen d'une bandelette de taffetas gommé qu'on colle aux deux paupières : on laisse retomber devant l'œil une petite compresse, qu'on fixe au front au moyen d'une bande ou d'un bonnet; puis on met le malade au lit, en lui recommandant le plus grand repos et la position sur le dos.

Maintenant que nous avons décrit le procédé opératoire appelé *extraction par en bas* ou *kératotomie inférieure*, il ne sera pas inutile de reprendre chacun des temps de l'opération en particulier, et d'examiner les précautions à prendre pour bien opérer, les obstacles qu'on pourra rencontrer et les accidens qui peuvent survenir.

Premier temps; incision de la cornée. Il arrive souvent qu'aussitôt qu'on a piqué la cornée, celle-ci fuit devant l'instrument et va se cacher dans l'angle interne de l'orbite. Il faut se garder de retirer l'instrument; celui-ci doit au contraire, conduit par une main légère, suivre les mouvemens de l'œil; on continue l'incision de la cornée aussi loin que possible, et puis, lorsqu'une partie de la cornée est cachée, on attend, pour achever l'incision, que l'œil ait repris sa position normale; mais quelquefois la cornée reste ainsi cachée en partie; d'autres fois, bien qu'elle reparaisse, elle va se cacher de nouveau

aussitôt qu'on veut prolonger l'incision. Dans ces cas un opérateur adroit continue l'incision, et, guidé par la connaissance exacte des rapports et des dimensions des différentes parties de l'œil, il fait ressortir la pointe du couteau par la portion cachée de la cornée; il faut une grande habitude pour percer la cornée ainsi cachée au point le plus convenable. Une fois que ceci est fait, on est maître du globe de l'œil; car en dirigeant le manche du couteau vers la tempe, la cornée est tirée en avant par la lame : cette manœuvre doit cependant être faite sans violence et très-doucement.

La ponction de la cornée est l'acte le plus difficile et le plus important de l'opération par extraction. L'instrument doit être plongé dans la cornée perpendiculairement à cette membrane; dirigée obliquement, la pointe s'engage entre les lamelles de la cornée, ou du moins les lèvres de la plaie seront très-obliques et très-larges, ce qui non-seulement rétrécit l'ouverture, mais donne lieu aussi à une cicatrice qui peut gêner la vue. On s'aperçoit à la couleur mate de la pointe de l'instrument que celle-ci est engagée entre les lames de la cornée, et qu'elle n'a pas pénétré dans la chambre antérieure; on retire alors l'instrument un peu pour lui donner une meilleure direction. Aussitôt que la pointe est parvenue dans la chambre antérieure, on dirige le manche de l'instrument vers la tempe du malade, afin

de ne pas piquer l'iris; si la pointe s'engageait dans cette membrane, il faudrait légèrement retirer l'instrument afin de la dégager, et puis le reporter bien vite en avant, pour empêcher que l'humeur aqueuse ne s'écoule.

L'incision doit comprendre la moitié de la circonférence de la cornée; lorsqu'on a pénétré dans la cornée au-dessus ou au-dessous du diamètre transverse de cette membrane, on doit donner au couteau une direction oblique, afin de tailler un lambeau qui soit formé de la moitié de la cornée. Lorsque ce lambeau est trop grand, on a vu, dans des cas très-rares à la vérité, la cornée se gangréner par défaut de vaisseaux nourriciers; lorsqu'il est trop petit, le crystallin ne peut sortir de l'œil, ou ne le peut qu'en déchirant ou tiraillant les parties, et donnant lieu par là à une inflammation consécutive du globe de l'œil. Dans ce cas, c'est-à-dire quand l'incision est trop petite, on doit l'agrandir du côté externe avec les ciseaux courbes avant de procéder au second temps. On introduit les ciseaux de manière à ce que la convexité de la lame soit tournée vers l'angle externe de l'œil. On évite de blesser l'iris et de faire l'incision trop petite.

Lorsqu'en faisant l'incision de la cornée, on voit que la pointe du couteau s'engage pour ressortir de la chambre antérieure trop en-deçà ou trop au-delà du point de la cornée qu'elle doit

percer, on retire l'instrument un peu pour le reporter rapidement en avant dans une meilleure direction. Cependant, lors même que la pointe vient percer l'œil à l'union de la cornée avec la sclérotique ou même au bord de cette dernière membrane, on peut, sans inconvénient, continuer l'incision; mais lorsque c'est bien avant dans la sclérotique que la pointe s'est engagée, on ne pourrait continuer dans cette direction sans léser l'iris.

Une précaution importante à prendre, immédiatement après avoir fait la ponction de la cornée, c'est de donner à l'instrument une direction telle qu'on n'ait plus qu'à le pousser en droite ligne, pour faire arriver sa pointe à l'endroit convenable du bord opposé de la cornée. A défaut de cette précaution on est obligé, pendant l'opération, de faire faire à la lame des mouvemens en sens divers pour trouver cet endroit, et on occasionne par là l'écoulement de l'humeur aqueuse, qui, dans une opération bien faite, ne doit s'écouler que lorsque l'incision de la cornée est achevée; c'est pour cette raison que Beer a donné à son couteau une forme telle qu'il remplisse toujours la plaie à mesure qu'on forme l'incision de la cornée. Lorsque, par quelque cause que ce soit, l'humeur aqueuse s'écoule avant qu'on ait achevé l'incision, l'iris vient aussitôt s'appliquer à la lame du couteau et à la face interne de la cornée; en continuant à tailler le lambeau de la

cornée, on couperait une partie de l'iris. Dans ce cas, lorsque la pointe du couteau n'est pas encore arrivée au bord interne de la cornée, on fait faire à la lame de légers mouvemens latéraux, et l'on tâche de la faire avancer sans entamer l'iris : quand on ne réussit pas de cette manière, on applique le doigt médius de la main qui tient la paupière abaissée, sur l'endroit de la cornée que la pointe doit percer, et on le frotte légèrement ; l'iris se contracte alors souvent et s'éloigne un peu de la cornée pour laisser passer l'instrument. On procède de même lorsque l'iris vient se présenter au tranchant du couteau après que celui-ci a déjà achevé une grande partie de l'incision ; d'ailleurs, lors même qu'on enlèverait une petite partie de l'iris, l'opération n'en pourrait pas moins réussir ; car les incisions bien nettes de cette membrane donnent rarement lieu à des accidens graves.

Le *second temps* de l'opération consiste dans l'*incision de la capsule crystalline*, qui se pratique tout aussi bien avec l'aiguille à cataracte qu'avec les instrumens plus compliqués, qu'on a appelés *cystitomes*. On a proposé de faire plusieurs incisions en différens sens ; une seule suffit cependant lorsqu'on a la précaution de la faire assez longue ; en en faisant plusieurs, on froisse plutôt les parties et on prolonge la présence des instrumens dans l'œil.

Il arrive quelquefois que l'iris adhère à la capsule

crystalline par des filamens, qu'on coupe alors avant d'inciser la capsule, en faisant faire à l'aiguille engagée à plat entre l'iris et la capsule, des mouvemens en haut et en bas.

Troisième temps. Lorsque, après l'incision de la capsule, le crystallin ne sort ni spontanément ni par la pression de l'œil, cela peut dépendre du rétrécissement de la pupille ou de l'étendue trop petite de l'incision : dans le premier cas on ferme l'œil pendant quelque temps, ou l'on obscurcit la chambre afin de dilater la pupille; dans le second, on introduit de nouveau l'aiguille pour faire une nouvelle incision à la capsule: malgré cela le crystallin quelquefois ne se présente pas; on introduit alors un crochet avec lequel on le tire doucement au dehors. On agit de même dans les cas où une portion d'humeur vitrée sort de l'œil avant le crystallin, ce qui est surtout occasioné par des pressions exercées sur la partie antérieure de la sclérotique, pressions qui, au lieu de faire sortir le crystallin comme font les pressions exercées plus en arrière, le poussent au contraire dans le fond de l'œil, ce qui peut même le faire disparaître et rendre impossible son extraction; il en résulte alors une inflammation profonde de l'œil qui détruit la vue.

L'air atmosphérique qui s'engage quelquefois dans la chambre antérieure pendant qu'on introduit l'aiguille, doit être abandonné à la résorption lorsqu'il

est en petite quantité ; dans le cas contraire, on en obtient la sortie en passant légèrement sur la cornée avec la curette de Daviel.

Un accident qui suit assez fréquemment la sortie du crystallin, c'est l'écoulement d'une partie du corps vitré : lorsque cette partie est peu considérable, l'opération n'en réussit pas moins ; mais lorsqu'elle dépasse le tiers de ce corps, la vue est le plus souvent perdue. Cet écoulement est produit par la contraction des muscles de l'œil ; aussitôt qu'il se fait, on ferme les paupières avec une bandelette de taffetas gommé, et on met en usage un traitement antiphlogistique énergique. La partie du corps vitré engagée entre la plaie de la cornée, se sépare d'elle-même et la plaie se cicatrise ; il ne reste qu'une déformation de la pupille, produite par la pression exercée sur elle par le corps vitré.

L'iris s'engage quelquefois entre les lèvres de la plaie ; on en obtient la rentrée en laissant le malade se reposer, les yeux fermés, et en ouvrant ensuite les paupières subitement ; l'iris se contracte alors par l'influence de la lumière : on favorise ce résultat en frottant la paupière pendant son occlusion avec l'extrémité du doigt. Si l'on ne réussit point, on repousse l'iris doucement dans l'œil avec la curette de Daviel : on se conduit d'ailleurs comme il a été dit à l'article *Procidence de l'iris.*

Si des symptômes nerveux se manifestaient pen-

dant l'opération, tels que des syncopes, des vomissemens, etc., on donnerait au malade de l'infusion de camomille avec de la teinture d'opium et de l'éther, et on le porterait sur son lit pour ne recommencer l'opération qu'après la cessation de ces accidens.

Dans les premières vingt-quatre heures des larmes chaudes, mêlées quelquefois à de l'humeur aqueuse, s'écoulent d'entre les paupières; au bout de ce temps les lèvres de la plaie sont ordinairement agglutinées; du cinquième au sixième jour la cicatrice est formée, mais elle n'a acquis toute sa solidité que du quinzième au vingtième jour. Après le sixième jour on peut enlever la bandelette agglutinative qui abaisse la paupière inférieure; vers le dixième on peut également enlever la bandelette de taffetas gommé qui tient l'œil fermé : en laissant toutefois en place la compresse qui abrite l'œil. On diminue peu à peu, dans l'espace de quelques jours, l'obscurité de la chambre et du lit du malade, dont les rideaux doivent avoir été tenus fermés depuis l'opération. Vers le quatorzième jour, lorsque l'inflammation et la sensibilité de l'œil ont disparu, on tâche de rendre la cicatrice bien nette et bien étroite en la touchant avec du laudanum, et en employant plus tard une solution bien faible de pierre divine. Tous les jours on nettoie soigneusement les paupières, afin d'enlever les matières sécrétées par la plaie de la cornée et par les glandes de Meibomius.

Quelquefois, à la suite de l'opération, il se manifeste une inflammation violente, qui exige l'usage des antiphlogistiques. Pour prévenir cette inflammation, il est même avantageux, chez les individus qui ne sont pas trop faibles, de faire une saignée immédiatement après l'opération, et des fomentations froides sur l'œil pendant les deux premiers jours.

Quelquefois la partie superficielle de la cicatrice se rouvre, et il se fait une hernie de la cornée. D'autres fois la plaie cicatrisée se rouvre complétement; on la touche alors légèrement avec du laudanum, et on réapplique les bandelettes agglutinatives comme si l'on venait d'opérer.

La plaie peut aussi ne pas se cicatriser du tout, ce qui arrive soit par manque de vitalité dans des cas très-rares, soit lorsque le bord libre de la paupière inférieure s'engage entre les lèvres de la plaie. Dans le premier cas on touche la plaie avec du laudanum; dans le second les lèvres de la plaie se tuméfient, blanchissent; le globe de l'œil s'enflamme, suppure, et se réduit à la fin en un petit moignon: l'éloignement de la cause occasionelle et le traitement antiphlogistique sont alors les seuls moyens à employer.

Outre le procédé que j'ai décrit pour l'extraction de la cataracte, il en existe deux autres, pratiqués par un assez grand nombre d'opérateurs, et qui dif-

fèrent du premier principalement par la direction de l'incision de la cornée. Ces deux procédés sont celui de WENZEL et celui que le professeur F. JÆGER de Vienne a ressuscité, et pour lequel il a inventé un couteau particulier.

Le *procédé de* WENZEL[1] diffère de celui que j'ai décrit, en ce que l'incision de la cornée est faite obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, de sorte que le lambeau de la cornée est formé par la partie inférieure externe de cette membrane; et puis, en ce que WENZEL réunissait les deux premiers temps de l'opération, et incisait la capsule crystalline pendant qu'il taillait le lambeau de la cornée. Sous le rapport de la direction du lambeau de la cornée, ce procédé n'offre aucun avantage sur celui à lambeau inférieur; car il donne lieu tout aussi fréquemment à l'écoulement de l'humeur vitrée, qu'on voulait prévenir par la direction oblique de l'incision; et la cicatrisation plus rapide qu'on espérait obtenir, se fait également bien au lambeau inférieur, lorsqu'on a soin d'empêcher le bord de la paupière de s'introduire dans la plaie. L'opération offre d'ailleurs plus de difficulté à cause du bord saillant de l'orbite, qui peut même rendre l'incision impraticable. Quant à la réunion des deux premiers temps de l'opération, elle présente plusieurs

1 M. J. B. DE WENZEL, Traité de la cataracte. Paris, 1786.

inconvéniens qui doivent la faire rejeter : en engageant la pointe du couteau dans la pupille pour ouvrir la capsule crystalline avant que la section de la cornée ne soit achevée, on tiraille cette dernière membrane, on donne issue à l'humeur aqueuse, et on a de la difficulté à terminer l'opération sans blesser l'iris.

Le *second procédé* (*kératotomie supérieure*), d'abord exécuté par Santerelli [1], reproduit et perfectionné par le professeur Jæger [2], consiste à inciser la demi-circonférence supérieure de la cornée. L'opération se pratique absolument comme celle que j'ai décrite, avec la différence qu'on tourne le tranchant du couteau vers en haut, afin de former un lambeau supérieur à la cornée; ce qui se fait tout aussi bien ou mieux au moyen du cératotome ordinaire, qu'avec celui à double lame, inventé par le professeur Jæger. Cette opération présente l'avantage de donner moins facilement lieu à l'écoulement de l'humeur vitrée, et d'occasioner une cicatrice qui est cachée par la paupière supérieure; tandis que la

---

1 G. G. Santerelli, *Ricerche per facilitare il cateterismo e la estrazione della cateratta. Vienna*, 1795.

2 Græfe *und* Walther's *Journal der Chirurgie, etc.*, 1827, tom. IX, pag. 547; et J. N. Seeliger, *Uebersicht der verschiedenen Staarausziehungs-Methoden, nebst praktischen Belegen über die wesentlichen Vorzüge des Hornhautschnittes nach oben. Wien*, 1828.

cicatrice qui résulte de l'incision à la partie inférieure de la cornée est visible. Mais ce procédé a l'inconvénient d'être beaucoup plus difficile à exécuter sans blesser les parties environnantes de l'œil, et surtout la paupière supérieure, de retenir dans l'intérieur de l'œil le sang qui s'épanche quelquefois pendant l'opération, et de rendre très-pénibles pour cet organe, ou même impossibles, les mouvemens qu'on est quelquefois obligé de faire pour dilater la plaie, pour extraire des parties du crystallin ou de la capsule obscurcie, etc. On peut choisir ce procédé dans deux cas : d'abord, lorsqu'on est obligé d'opérer par extraction des yeux très-saillans et sujets par conséquent à l'écoulement de l'humeur vitrée; et en second lieu, lorsque l'extraction doit être faite sur un œil dont la paupière supérieure est affectée de relâchement, et où l'on veut éviter par cette raison d'obscurcir la partie inférieure de la cornée.

Un procédé dont je ne parlerai pas, c'est celui de Beer [1], qui consiste à extraire le crystallin avec sa capsule. Je ne crois pas que cette opération, qui n'a jamais trouvé beaucoup d'adhérens, soit encore pratiquée aujourd'hui. Enfin, je ne dirai rien non plus des modifications infinies qu'on a fait subir au cou-

---

1 G. J. Beer, *Methode den grauen Staar sammt der Kapsel auszuziehen. Wien*, 1799.

teau à cataracte, ni des instrumens à ressort qui, d'un coup, doivent achever l'incision de la cornée. Tous ces instrumens, dont on peut fort bien se passer, se trouvent décrits dans les deux ouvrages suivans :

PFOTENHAUER, *Dissert. cultrorum ceratotomorum et cystotomorum ad extrahendam cataractam historia. Viteb.*, 1805.

H. LACHMANN, *Instrument. ad corneæ sectionem in cataractæ extrah. perf. invent. descriptio historica. Gott.*, 1821.

Abaissement. L'opération de la cataracte par abaissement ou *par dépression* consiste à laisser dans l'œil le corps opaque, mais à le placer hors de l'axe visuel en l'enfonçant dans le corps vitré.

Depuis CELSE[1] jusqu'à nos jours, cette méthode a subi bien des modifications, qui ont principalement porté sur la forme des instrumens, sur la situation à donner au crystallin, enfin sur la partie par laquelle on pénètre dans l'œil. Par rapport à la situation à donner au crystallin, on a divisé la méthode par abaissement en *dépression proprement dite*, et en *renversement* (*reclinatio*). Dans la première on enfonce le crystallin directement de haut en bas dans le corps vitré; dans le second, au contraire, qui a d'abord été proposé par WILLBURG[2], on le

1 *De medicina, lib. VII, cap.* 7.

2 WILLBURG, *Betrachtungen über die bisher gewœhnlichen Operationen des Staares. Nürnberg*, 1785.

pousse d'avant en arrière et de dedans en dehors. Quelques opérateurs ont combiné ces deux procédés, et en ont formé un troisième, appelé *depressio reclinatio.* L'instrument avec lequel on abaisse la cataracte, peut être introduit par la sclérotique ou par la cornée, ce qui a donné naissance aux termes d'*abaissement par scléroticonyxis* et par *kératonyxis.* Il sera question plus bas de ces différens procédés.

L'abaissement présente l'avantage de léser l'œil moins fortement que l'extraction, de rendre par cette raison le malade moins irritable après l'opération, de pouvoir être fait sur des yeux trop mobiles pour l'extraction et sur des yeux qui présentent des adhérences peu étendues entre la capsule crystalline et l'iris; enfin, d'être plus facile à exécuter que l'extraction; mais il a l'inconvénient d'exposer le malade à la récidive, le crystallin pouvant reprendre sa place, ce qui peut dépendre de la densité plus ou moins grande du corps vitré, des mouvemens plus ou moins forts qu'exécute le malade après l'opération. L'abaissement a en outre le désavantage de rétablir le plus souvent la vue dans un état moins parfait que les autres méthodes.

Cette opération est indiquée chez les individus jeunes, chez lesquels le crystallin abaissé est résorbé; chez les vieillards décrépits, chez lesquels on craint qu'en faisant l'extraction, la plaie de la cor-

née ne manque de vitalité pour se cicatriser; dans les cas de cataracte de consistance moyenne, et dans ceux de cataracte dure lorsque l'extraction n'est pas indiquée, comme, par exemple, lorsque l'œil est très-irritable, mobile, que la chambre antérieure est très-étroite, que la cornée est malade, que l'individu ne peut pas se procurer beaucoup de soins après l'opération; enfin, l'abaissement est surtout indiqué lorsque des adhérences, peu étendues, existent entre la capsule crystalline et l'iris. L'abaissement est contre-indiqué lorsque la cataracte est molle, ou qu'elle est dure et que l'extraction peut être faite; lorsque les malades ne peuvent pas rester couchés après l'opération, ou qu'ils sont affectés d'une toux chronique dont les secousses feraient facilement remonter la cataracte.

Pour pratiquer l'opération, on se sert d'une aiguille à cataracte; cet instrument a reçu des formes très-variées, mais qui sont bien moins essentielles que les auteurs de ces modifications semblent le croire. Les aiguilles à cataracte sont ou droites, ou courbes; pour l'abaissement ces dernières méritent la préférence, parce qu'avec elles on évite plus facilement de blesser l'iris et d'enfoncer, dès le commencement de l'opération, la pointe de l'instrument dans la capsule crystalline. Les plus convenables de ces aiguilles, et les plus généralement employées, sont celles de Schmidt et de Dupuytren, qui se termi-

nent en fer de lance recourbé, et dont l'une des faces est concave, l'autre convexe (fig. 17); et celle de Scarpa, dont la convexité est plane, mais dont la concavité est partagée en deux pans par une crête longitudinale (fig. 18).

Pour abaisser la cataracte, l'opérateur saisit l'aiguille, comme il a été dit pour le couteau à cataracte, en tournant la convexité en haut; il approche la pointe aussi près que possible de l'endroit par lequel il veut pénétrer; puis, lorsque l'œil est tranquille, il y plonge l'instrument. L'opération se fait en trois temps, qui sont : l'introduction de l'aiguille, l'abaissement de la cataracte, l'extraction de l'instrument.

On introduit l'aiguille par la sclérotique à une ligne et demie au-dessous du diamètre transversal de l'œil, et à une ligne et demie ou deux lignes du bord de la cornée. On choisit cet endroit pour ne blesser ni l'artère ciliaire longue, qui marche horizontalement au niveau du diamètre transversal de l'œil, ni le ligament ciliaire qui s'étend du bord de la cornée derrière la sclérotique jusqu'à la distance d'une ligne à une ligne et demie. On dirige la pointe de l'instrument vers le centre de l'œil, et on l'enfonce perpendiculairement dans la sclérotique; aussitôt que l'extrémité courbe a pénétré, on relève le manche de l'aiguille, et on lui fait faire un quart de tour sur lui-même, afin de tourner la con-

vexité de l'instrument vers la face postérieure de l'iris, et la concavité vers le crystallin. On pousse l'instrument par la chambre postérieure, jusqu'à ce que sa pointe soit arrivée derrière la pupille; puis on applique la concavité de l'aiguille sur la face antérieure de la cataracte, de manière que la pointe de l'instrument se trouve placée vers la partie supérieure et interne de cette face : alors, en soulevant le manche légèrement, l'opérateur s'assure s'il y a des adhérences ou non; car ce mouvement ébranlera la cataracte, et la poussera un peu en arrière, ce qui occasionne des mouvemens et des tiraillemens dans l'iris, lorsque cette membrane est adhérente à la capsule crystalline. S'il découvre de ces adhérences, l'opérateur les coupera avec le tranchant de l'aiguille, en retirant un peu cet instrument afin de le faire agir en coupant; puis il appliquera de nouveau la concavité sur la face antérieure de la cataracte, et en soulevant le manche de l'instrument dans la direction de la racine du nez, il enfoncera la cataracte dans la partie inférieure externe du corps vitré. Mais avant de perdre de vue le corps opaque, l'opérateur fait tourner l'instrument entre ses doigts, de manière à appliquer sa convexité sur le crystallin et à achever ainsi l'abaissement; faute de cette précaution, la pointe de l'aiguille s'enfoncerait dans le crystallin, duquel on la dégagerait difficilement sans faire remonter ce corps

opaque, ou elle blesserait la rétine et donnerait lieu par là à des accidens graves. Dans tous les mouvemens qu'on fait faire à l'aiguille, celle-ci doit agir comme un levier du premier genre, et trouver son point d'appui dans l'ouverture de la sclérotique, de manière à ne pas tirailler cette membrane.

Après avoir maintenu le crystallin abaissé pendant quelques instans, et donné au corps vitré le temps de rapprocher au devant du crystallin ses parties déchirées par le passage de celui-ci, l'opérateur retire légèrement l'aiguille en ligne directe, en lui imprimant des mouvemens rotatoires; puis, quand il pense avoir dégagé l'instrument du corps déprimé, il en porte la pointe dans la pupille, examine si elle est nette, et s'il ne reste pas de lambeau obscurci de la capsule : s'il en découvre, il le saisit avec l'aiguille et l'enfonce également dans le corps vitré; si la pupille est nette, l'instrument est retiré de l'œil dans la même direction qu'il avait en y pénétrant, la convexité tournée d'abord vers l'iris, puis en haut. L'opération étant achevée, les paupières sont fermées au moyen d'une bandelette de taffetas gommé, et l'œil est abrité par une compresse attachée au front. Avant le sixième jour on ne doit pas vouloir se convaincre si le malade a recouvré la vue.

Le procédé qui vient d'être décrit est appelé, par quelques auteurs, *renversement* (*reclinatio*) *par scleroticonyxis*, parce que, au moyen d'une aiguille

introduite par la sclérotique, on renverse le crystallin de telle sorte que son bord supérieur est placé en arrière, l'inférieur en avant; que la face antérieure devient supérieure, et la postérieure inférieure.

Le crystallin, ainsi renversé, se dissout et est absorbé s'il est d'une consistance peu ferme; s'il est dur il reste dans le même état, ou du moins ne diminue que peu.

Pendant et après l'opération différens accidens peuvent survenir. Aussitôt qu'on a percé la sclérotique, l'œil peut fuir si rapidement vers l'angle interne de l'orbite qu'il se dégage de l'aiguille. On recommence alors l'opération en tâchant de pénétrer par la piqûre déjà faite. Quelquefois, dès qu'on a introduit l'aiguille dans l'œil, la pointe s'engage dans l'iris ou dans le crystallin; lorsqu'on s'en aperçoit, on retire l'instrument un peu pour le dégager; c'est pour éviter cet accident qu'on tourne la face convexe de l'aiguille vers l'iris, contre lequel on l'applique même, afin d'en éloigner la pointe du crystallin.

En perçant la sclérotique et la choroïde, l'instrument peut entamer un vaisseau ciliaire; le sang qui s'en écoule colore aussitôt l'humeur aqueuse; lorsque cette coloration devient assez foncée pour ne plus laisser voir l'instrument à travers la pupille, on est obligé de le retirer et de remettre l'opération à un autre jour, à moins qu'à force d'habitude on

n'ait acquis assez de dextérité pour pouvoir achever l'opération sans voir l'instrument.

Quelquefois le crystallin ne reste pas dans le fond de l'œil; il reprend sa place dès que l'aiguille cesse de le contenir. L'opérateur abaisse alors de nouveau, et si c'est encore sans succès, il essaie d'entamer le crystallin, de l'inciser avec le tranchant de l'aiguille, pour l'abandonner ensuite à la propriété dissolvante de l'humeur aqueuse et à l'absorption. Lorsque celle-ci se fait, elle s'annonce déjà au bout de trois à quatre semaines par la diminution de volume du crystallin; lorsqu'elle n'a pas lieu, on pratique l'extraction. On a également recours à cette dernière quand, pendant l'abaissement, le crystallin remonte devant l'aiguille, traverse la pupille et va se loger dans la chambre antérieure, où il comprime l'iris et enflammerait cette membrane si on le laissait dans cette place. L'iris peut aussi être blessé pendant l'opération et s'enflammer après. Mais une inflammation plus fréquente, c'est celle de la sclérotique, qui a lieu surtout lorsque cette tunique a été tiraillée pendant l'opération. On la traite de la manière indiquée à l'article *inflammation de la sclérotique*, et on fait porter au malade un vésicatoire pendant quelque temps, afin d'empêcher les récidives de cette inflammation, qui sont très-fréquentes.

Un accident redoutable après l'abaissement, c'est

la compression de la rétine par le crystallin déprimé trop profondément; l'inflammation de la rétine et l'amaurose peuvent en être la suite. Le malade a des douleurs profondes dans l'œil, des photopsies, des vomissemens; la vue est faible ou nulle, quoique la pupille soit claire. On combat cet accident par un traitement antiphlogistique énergique. Le plus souvent, à moins que la compression ne soit très-forte, les symptômes diminuent à mesure que le crystallin perd de son volume par l'absorption.

Le procédé qui a été décrit plus haut pour l'abaissement, n'est pas le seul suivi par les opérateurs. On peut renverser le crystallin en introduisant l'aiguille par la cornée, ce qui constitue le *renversement par kératonyxis.* Dans cette opération, on introduit l'aiguille par la cornée à une demi-ligne du centre de cette membrane, et on applique la convexité de l'instrument sur la partie supérieure de la face antérieure de la cataracte; puis on renverse le crystallin d'avant en arrière et de haut en bas. Il y a des opérateurs qui préfèrent cette méthode, parce que l'aiguille traverse moins de parties que dans celle par la sclérotique, et qu'on ne perd pas de vue l'instrument. Cependant elle est moins bonne parce qu'on tiraille facilement la cornée, surtout quand les yeux sont mobiles, ce qui occasionne l'inflammation de cette membrane, sa suppuration ou son obscurcissement; qu'on presse l'iris très-souvent, surtout

quand on veut saisir des lambeaux obscurcis de la capsule crystalline; enfin, qu'il est impossible ou du moins très-difficile de couper les adhérences qui peuvent exister entre l'iris et la capsule crystalline. D'ailleurs la blessure de la sclérotique, de la choroïde et de la rétine qu'on fait dans l'opération par la sclérotique, est peu grave lorsqu'elle n'est pas tiraillée.

Un procédé qui diffère peu de celui décrit en premier lieu, c'est l'*abaissement direct* (*depressio*). Pour pratiquer cette opération, on introduit l'aiguille par la sclérotique un peu au-dessus du diamètre transversal de l'œil, et on porte la concavité sur le bord supérieur du crystallin pour ensuite enfoncer ce corps directement de haut en bas dans l'humeur vitrée. Par ce procédé on arrache mieux la capsule crystalline que par le renversement en dehors et en bas; mais cet avantage est plus que compensé, d'abord par la difficulté de déprimer directement, attendu que l'aiguille s'appuie difficilement sur le bord du crystallin, glisse très-souvent sur sa face antérieure ou postérieure, et pousse quelquefois ce corps dans la chambre antérieure à travers la pupille; ensuite par la facilité avec laquelle le crystallin remonte à sa place lorsqu'il est déprimé directement.

On a voulu réunir les avantages de la dépression directe et de l'abaissement en dehors et en bas, en

proposant de déprimer d'abord directement, afin d'arracher la capsule; puis, avant d'enfoncer le crystallin complétement, d'appliquer l'aiguille à sa surface antérieure et de le renverser en arrière. Cette opération, qu'on a nommée *depressio reclinatio*, donne cependant lieu à une lésion trop forte du corps vitré; d'ailleurs la déchirure de la capsule faite dans le procédé que j'ai décrit, est ordinairement suffisante, et si on remarque des lambeaux opaques, on parvient le plus souvent à les arracher.

Je ne parlerai point du procédé défectueux de Bowen[1], appelé *hyalonyxis*, et qui consiste à déprimer, en introduisant l'aiguille de derrière en avant par la sclérotique, le corps vitré, la paroi postérieure de la capsule crystalline, le crystallin, et enfin la paroi antérieure de la capsule.

Broiement (*discissio*). Cette méthode a pour but d'éloigner la cataracte en exposant le crystallin à l'action dissolvante de l'humeur aqueuse et à l'absorption, et de faire en même temps disparaître la capsule, si celle-ci est obscurcie. Pour parvenir à ce but, on incise en différens sens la capsule crystalline, dont les lambeaux se retirent alors derrière l'iris, et on coupe le crystallin en plusieurs morceaux, dont on déprime le plus dur dans le corps

---

1 D. Bowen, *Practical observations on the removal of every species and variety of cataract by Hyalonyxis. Lond.*, 1824.

vitré, tandis qu'on en introduit un autre dans la chambre antérieure, afin que tous les fragmens soient dans le plus grand contact possible avec les humeurs dissolvantes.

Le broiement a l'avantage de faire à l'œil la lésion la moins considérable, de guérir radicalement la maladie, si toutefois la résorption se fait; enfin d'exiger après l'opération moins de soins que les autres méthodes; mais il présente aussi de graves inconvéniens. D'abord il arrive souvent que le crystallin n'est pas résorbé, que par conséquent la cataracte persiste; chez les vieillards cela arrive facilement, parce que le crystallin est dur et l'absorption peu active. Ensuite, lors même que la résorption se fait, elle n'est ordinairement complète et le malade ne jouit de la vue qu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Enfin, une inflammation de l'iris est occasionée quelquefois par la tuméfaction des fragmens de crystallin baignés par l'humeur aqueuse et qui compriment alors l'iris.

Le broiement est indiqué dans la cataracte molle ou laiteuse, chez les enfans ou les individus peu avancés en âge, sur les yeux très-irritables ou trop mobiles pour permettre une autre opération, chez les individus affectés de toux chronique, ou qui, après l'opération, ne peuvent pas se tenir tranquilles et ne sont pas entourés de beaucoup de soins. Le broiement est contre-indiqué lorsque la cataracte

est dure et le malade âgé ; car dans ce cas l'absorption n'aurait pas lieu facilement ; il ne réussit pas bien lorsque la capsule crystalline est fortement dégénérée et tuméfiée : les lambeaux de cette membrane ne se retirent alors pas assez, continuent à faire saillie dans la pupille et troublent la vue ; enfin, lorsque la capsule est adhérente à l'iris, le broiement occasionne facilement l'inflammation de ce dernier, et par suite l'occlusion de la pupille par des exsudations lymphatiques.

L'opération du broiement s'exécute au moyen d'une aiguille à cataracte, qu'on introduit, soit par la sclérotique, soit par la cornée.

Pour le *broiement par la sclérotique* (*par scléroticonyxis*), qui, comme méthode particulière, fut d'abord exécuté par Pott[1], on se sert de l'aiguille à cataracte courbe, qu'on introduit dans l'œil comme pour le renversement du crystallin ; cette introduction constitue le premier temps de l'opération. Dans le second, on incise la capsule et le crystallin. A cet effet, quand la pointe de l'aiguille est arrivée vers la partie supérieure de la capsule, on tourne le tranchant vers cette membrane ; puis, en relevant le manche et en tirant légèrement l'instrument à soi pour le faire agir en coupant, on incise de haut en bas la capsule crystalline ; ensuite, après avoir fait

---

1 P. Pott, *Chirurgical Works. London*, 1775, tom. II.

paraître l'instrument dans la pupille pour être sûr qu'il n'est pas engagé dans la capsule, et qu'on fera une nouvelle incision à celle-ci, on reporte l'aiguille vers l'angle interne et on fait une incision transversale; enfin, on en pratique encore une oblique. La capsule étant divisée, l'opérateur en fait autant du crystallin. Lorsque ce corps présente un noyau plus ferme que le reste, on le déprime dans le corps vitré, ce qui forme le troisième temps; puis on exécute le quatrième en introduisant un ou plusieurs fragmens du crystallin dans la chambre antérieure, ce qui se fait par des mouvemens d'arrière en avant, imprimés à l'aiguille et dirigés de manière à ne pas blesser l'iris ni tirailler la sclérotique. Enfin, dans le cinquième temps on retire l'aiguille dans la même direction qu'elle avait en entrant dans l'œil.

Le *broiement par la cornée* (*par keratonyxis*) est une opération qui ne date que du commencement de ce siècle; elle fut d'abord proposée par Reil et Buchhorn[1], puis exécutée et perfectionnée par Langenbeck[2]. Cette opération se fait de préfé-

---

1 W. H. J. Buchhorn, *Diss. de keratonyxide. Halæ*, 1806; et *ejusd.*, *De keratonyxide nova cataractæ aliisque oculi morbis medendi methodo. Magdeb.*, 1810.

2 K. J. M. Langenbeck, *Prüfung der Keratonyxis, einer neuen Methode den grauen Staar durch die Hornhaut zu recliniren oder zu zerstückeln, nebst erl. Operationsgesch. Gœtt.*, 1811.

rence avec une aiguille droite, parce que cet instrument perce la cornée avec beaucoup plus de facilité que ne le fait l'aiguille courbe : on peut cependant aussi se servir de cette dernière, qu'on introduit alors la face concave tournée vers en haut. On enfonce l'aiguille dans la cornée à une demi-ligne au-dessous du centre de cette membrane, afin que la petite cicatrice qui résulte de cette blessure ne soit pas située en face de la pupille et ne trouble pas la vue. Après avoir porté la pointe de l'aiguille à la partie supérieure de la capsule, on incise celle-ci en relevant le manche de l'instrument, et en le tirant un peu à soi; puis on fait deux incisions qui, en partant des bords interne et externe, vont rejoindre celle du milieu et constituer une incision cruciale : après avoir divisé de même le crystallin, et déprimé un des fragmens de ce corps, on tâche d'en fixer un autre à la pointe de l'aiguille, et de l'introduire ainsi dans la chambre antérieure en retirant l'instrument.

Chacun de ces procédés a ses avantages et ses inconvéniens. Dans le broiement par la sclérotique, il est plus facile d'abaisser un fragment du crystallin et d'en introduire un autre dans la chambre antérieure; ce procédé peut aussi être exécuté sur des yeux très-mobiles, et qui cachent une partie de la cornée dans la partie interne et supérieure de l'orbite. Le broiement par la cornée offre par contre le

grand avantage de rendre facile la section en différens sens de la capsule et du crystallin, qui, dans l'autre procédé, se fait toujours incomplétement vers l'angle externe. Cette section étant l'acte principal, parce que c'est elle qui contribue le plus au succès de l'opération, on doit opérer le broiement par la cornée, excepté cependant dans les cas où cette dernière membrane serait malade ou disposée à s'enflammer, et dans ceux où la grande mobilité des yeux rendrait ce procédé impraticable, ou occasionnerait du moins un tiraillement de la cornée, qui pourrait amener l'inflammation, la suppuration et l'obscurcissement de cette tunique.

Après l'opération du broiement, on traite le malade comme après celle de l'abaissement, sans cependant l'assujettir à un repos aussi absolu. Si l'individu opéré est jeune et vigoureux, l'absorption du crystallin se fait quelquefois dans l'espace de huit jours; ces cas cependant sont rares, ordinairement l'absorption du crystallin n'est complète qu'au bout de trois à quatre semaines; elle peut aussi se faire attendre plus long-temps ou ne pas avoir lieu du tout. Dans ce dernier cas on répète l'opération, ou bien l'on a recours à l'extraction.

La capsule n'est quelquefois pas suffisamment incisée, surtout quand on opère par la sclérotique. L'absorption du crystallin se fait alors difficilement, ou ne se fait pas du tout; et si même elle a lieu, la

capsule reste en partie dans la pupille et trouble la vue. Dans ce dernier cas on est obligé de faire l'abaissement ou l'extraction de la partie obscurcie de la capsule; tandis que, lorsque le crystallin n'est pas absorbé, on répète le broiement en tâchant de mieux inciser que la première fois.

Si le crystallin échappait à l'aiguille et s'introduisait dans la chambre antérieure, son extraction deviendrait nécessaire.

Après toute opération de cataracte il peut arriver qu'une partie de la capsule crystalline, restée dans l'œil, s'obscurcisse et constitue une nouvelle cataracte, qu'on a nommée *cataracte secondaire* ou *consécutive;* elle est formée le plus souvent par des lambeaux de la paroi antérieure de la capsule, quelquefois cependant c'est la paroi postérieure qui s'obscurcit. Cette cataracte est plus rare après l'extraction qu'après les autres méthodes, le passage du crystallin dans la première faisant une dilacération plus considérable à la capsule que les autres procédés. Cette cataracte secondaire exige une nouvelle opération; suivant les cas, on a recours, soit à l'extraction, soit à l'abaissement, soit même à la formation d'une pupille artificielle.

Après l'opération de la cataracte, le principal soin du médecin consiste à prévenir l'inflammation de l'œil. A cet effet, si le malade n'est pas trop faible,

une saignée doit lui être pratiquée aussitôt qu'il est au lit, et des fomentations froides être faites sur l'œil. Pour que ces fomentations soient utiles, il faut qu'elles soient continuées presque sans interruption pendant les deux premiers jours. La meilleure manière de les faire, consiste à appliquer des compresses sur de la glace, ou, à défaut de glace, à les tremper dans de l'eau très-froide et à les exprimer légèrement. Ces compresses sont ensuite appliquées à l'œil, et renouvelées aussi souvent qu'elles deviennent tièdes. Les individus sujets aux rhumatismes ne supportent pas toujours les fomentations froides, qui leur causent une sensation désagréable; dans ce cas il faut s'en abstenir.

Dans les premiers temps qui suivent l'opération, les malades doivent toujours être mis à une diète plus ou moins sévère, qui cependant ne doit pas être très-rigoureuse chez les individus faibles et très-âgés. Les premiers jours, pour éviter la mastication, qui pourrait être nuisible à l'œil, on ne donne aux malades que du bouillon ou de la bouillie.

Si le malade n'éprouve dans l'œil ni chaleur, ni sensation d'un corps étranger, et si le bord des paupières est dans l'état normal, il est inutile ou nuisible même d'examiner l'œil avant le sixième jour qui suit l'opération. Il n'en est pas de même lorsque la chaleur est grande dans l'œil, que le malade y croit sentir un corps étranger, et que le bord des

paupières est rouge et tuméfié; alors l'œil, probablement enflammé, doit être examiné immédiatement, afin qu'on puisse le traiter suivant la nature et le siége de l'affection. Dans ces cas il faut surtout ne pas être avare de la saignée; la répéter deux ou trois fois dans la journée, si la rougeur, la chaleur et la douleur persistent; la remplacer par les applications de sangsues, lorsque le malade est très-affaibli; avoir recours aux fomentations froides d'abord, et plus tard émollientes, aux dérivatifs sur le canal intestinal et sur la peau, et enfin se servir des préparations de belladone ou de jusquiame, et des mercuriaux (calomel à l'intérieur, onguent mercuriel en frictions) lorsque l'inflammation tend à se terminer par exsudation, ce qui a lieu le plus souvent.

Il est essentiel, après l'opération de la cataracte, de ne pas tenir l'œil trop chaud, par conséquent, de ne pas le couvrir de charpie, et de ne pas permettre au malade de se servir trop tôt de l'organe opéré : jamais il ne doit le faire durant les deux premières semaines; et si l'œil a été fortement lésé ou est très-irritable, on le condamne encore plus long-temps au repos. Par contre, si on laisse l'œil trop long-temps dans une obscurité complète, il deviendra tellement sensible à la lumière, que le malade ne pourra s'en servir qu'après un laps de temps considérable et en habituant l'œil lentement à supporter la clarté. Aussi dès le huitième jour de l'opé-

ration peut-on commencer à diminuer peu à peu l'obscurité de la chambre.

Pour voir distinctement des objets minutieux, pour lire, les individus opérés de la cataracte sont, à peu d'exceptions près, obligés de se servir de verres biconvexes, qui font alors l'office que le crystallin remplissait auparavant. Leur usage cependant ne doit être commencé que deux à trois mois après l'opération.

Le nombre des ouvrages publiés sur la cataracte est très-grand; je n'en citerai que les principaux, sans faire mention des articles très-étendus sur cette maladie, qui se trouvent dans les Traités de chirurgie ou de maladies des yeux, et dans les Dictionnaires de médecine.

A. G. Richter, *Abhandlung von der Ausziehung des grauen Staars. Gœttingen*, 1773.

A. P. Demours, Mémoire sur l'opération de la cataracte. Paris, 1784.

G. J. Beer, *Praktische Beobachtungen über den grauen Staar und die Krankheiten der Hornhaut. Wien*, 1791.

Ph. F. Walther, *Abhandlungen aus dem Gebiete der practischen Medicin, besonders der Chirurgie und Augenheilkunde. Landshut*, 1810, p. 1.

G. G. Santerelli, *Delle cateratte. Forli*, 1810.

K. A. Weinhold, *Anleitung den verdunkelten Krystallkörper im Auge des Menschen jederzeit bestimmt mit seiner Kapsel umzulegen*, 2te *Aufl. Meissen*, 1812.

A. C. Montain, Traité de la cataracte, contenant l'énu-

mération des différens moyens employés pour en obtenir la guérison. Paris, 1812.

FR. JÆGER, *Diss. de keratonyxidis usu, etc. Viennæ*, 1812. (RADIUS, *Script. ophth. min.*, tom. Ier)

T. W. G. BENEDICT, *Monographie des grauen Staars. Breslau*, 1814.

A. G. VAN ONSENOORT, *Verhandeling over den graauwe Staar. Amsterdam*, 1818.

GUILLIÉ, Nouvelles recherches sur la cataracte et la goutte sereine. Paris, 1818.

C. M. LUSARDI, Traité de l'altération du crystallin et de ses annexes. Paris, 1819.

J. FINCK, *Dissert. inaug. med. oculistica de depressione cataractæ. Vindob.*, 1822.

C. JÆGER, *Dissert. inaug. ophthalmiatrica exhibens fragmenta de extractione cataractæ et experimenta de prolapsu artificiali corporis vitrei, etc. Vindob.*, 1823.

J. HÜLLVERDING, *Dissert. inaug. med. oculistica, sistens quasdam circa cataractæ discissionem observationes, etc. Viennæ*, 1824.

F. C. DIETERICH, *Ueber die Verwundungen des Linsensystems. Tübingen*, 1824 (analysé dans les Archives générales de médecine, 1826, tom. XII, pag. 295).

J. STEVENSON, *A treatise on the nature and symptoms of cataract, and the cure of that disease in its early stage. London*, 1824.

C. M. LUSARDI, Mémoire sur la cataracte congéniale, 3.e édit. Paris, 1827.

T. P. RITTERICH, *Bemerkungen über die Operation des grauen Staars.* (*Jæhrl. Beiträge zur Vervollkommnung der Augenheilkunst*, 1827, tom. Ier, pag. 38.)

W. SŒMMERING, *Beobachtungen über die organischen Veränderungen im Auge nach Staaroperationen. Frankf. a. M.*, 1828.

18.° *Glaucome* (*cataracte verte,* glaucoma, glaucedo, glaucosis).

On a appelé glaucome la coloration verdâtre du fond de l'œil, accompagnée de l'affaiblissement ou de la perte de la vue. Cette maladie affecte le plus souvent des individus arthritiques, syphilitiques ou affectés de rhumatismes chroniques. Dans des cas très-rares, on l'a vue survenir chez des individus sains auparavant.

La cause prochaine de cette maladie est encore peu connue, et il règne à cet égard une grande divergence d'opinion parmi les médecins oculistes. Les uns attribuent le glaucome à une inflammation chronique du corps vitré, d'autres le font consister dans une dégénérescence de cette humeur, d'autres encore placent le siége de l'affection dans la rétine, quelques-uns aussi dans la choroïde. Quant à la cause de la coloration verte du fond de l'œil, on la place généralement dans un obscurcissement verdâtre du corps vitré; cependant on a vu des yeux glaucomateux sur lesquels, après la mort, le corps vitré a été trouvé parfaitement incolore et transparent. La rareté des occasions qui se présentent de disséquer les yeux glaucomateux, entretient l'obscurité dans laquelle nous nous trouvons relativement à ce sujet. Néanmoins on peut conclure des différentes

observations publiées jusqu'à ce jour, que le glaucome est une maladie du corps vitré et de la rétine, qui le plus souvent laisse pour traces après la mort un épaississement de la membrane hyaloïde et de la rétine, des exsudations lymphatiques sur la membrane hyaloïde, un obscurcissement du corps vitré, ou une fluidité anormale de cette humeur.

Le glaucome se manifeste d'abord par des douleurs dans l'œil et la tête, une teinte verte, située profondément dans l'œil et paraissant avoir une forme concave; un affaiblissement considérable de la vue, lors même que l'obscurcissement verdâtre n'est encore que peu prononcé. La pupille est alongée transversalement et dilatée quelquefois au point qu'on n'aperçoit plus qu'un petit cercle formé par l'iris. Le globe de l'œil est dur. Plus tard le crystallin se trouble et prend aussi cette couleur verdâtre, se tuméfie et s'avance jusque dans l'ouverture de la pupille; la maladie est alors appelée *cataracte glaucomateuse.* Ordinairement le glaucome se manifeste d'abord sur un œil, mais se communique plus tard également à l'autre.

Le pronostic du glaucome est très-grave; ce n'est qu'au commencement de la maladie qu'on peut en arrêter les progrès, plus tard il détruit la vue irrévocablement. En opérant la cataracte glaucomateuse, comme le font quelquefois des oculistes ignorans, on donne lieu à une ophthalmie très-

vive, qui détruit l'œil par la suppuration ou le change en carcinome.

Le traitement du glaucome consiste dans l'emploi des moyens propres à combattre la cause de la maladie. Contre l'affection de l'œil elle-même nous ne pouvons guères employer que les révulsifs, parmi lesquels la préférence doit être accordée aux plus énergiques, tels que les vésicatoires volans, les cautères sur le bras, sur l'apophyse mastoïde, sur le cuir chevelu; le séton à la nuque.

PH. DE LA HIRE, Remarques sur la cataracte et le glaucome. (Mém. de l'Acad. roy. des sciences. Paris, 1707.)

J. MÉRY, Question de chirurgie, savoir : si le glaucome et la cataracte sont deux différentes ou une seule et même maladie. (*Ibid.*)

BRISSEAU, Traité de la cataracte et du glaucome. Paris, 1709.

L. HEISTER, *Vindicia sententiæ suæ de cataracta, glaucomate et amaurosi, etc. Altorfi*, 1719.

J. T. W. BENEDICT, *Dissert. de morbis humoris vitrei in oculo humano. Lips.*, 1809.

GEIGER, *Dissert. de glaucomate. Landshuti*, 1822.

19.° *Synchyse* (synchysis).

On appelle *synchyse* le ramollissement, la liquéfaction, ou, suivant quelques auteurs, l'atrophie du corps vitré. Cette maladie a été observée le plus fréquemment chez les syphilitiques, souvent après une iritis vénérienne, d'autres fois sans ophthalmie anté-

cédente; FABINI[1] l'attribue dans ces derniers cas à l'usage trop prolongé des mercuriaux.

Les symptômes de la maladie sont : la flaccidité du globe de l'œil, la contraction et l'immobilité de la pupille, le grand affaiblissement ou la perte complète de la vue, une couleur légèrement jaunâtre dans le fond de l'œil. Lorsqu'on touche le globe de l'œil, ou que le malade le fait fortement mouvoir, on observe un mouvement ondulatoire de l'iris d'arrière en avant; plus tard le crystallin se trouble, la sclérotique se ride, et l'œil s'atrophie incomplétement. Au commencement de la maladie, l'individu affecté est presbyte, ce qui provient de la moindre réfraction que fait subir aux rayons lumineux le corps vitré ramolli.

On parvient quelquefois à arrêter la marche de la synchyse, mais jamais à guérir cette maladie.

Les moyens dont jusqu'à présent on a retiré les meilleurs effets, sont les excitans, les toniques, les spiritueux, une nourriture fortifiante, le séjour dans un air pur et vif.

20.° *Hydrophthalmie* (*hydropisie de l'œil*).

Cette maladie consiste, soit dans l'augmentation anormale de l'humeur aqueuse, de l'humeur vitrée, ou des deux humeurs à la fois; soit dans l'accumu-

---

1 FABINI, *Doctrina de morb. ocul.*, 1823, §. 654.

lation de sérosité entre la rétine et la choroïde, ou entre celle-ci et la sclérotique. De là quatre variétés de l'hydropisie de l'œil : l'*hydrophthalmie antérieure*, l'*hydrophthalmie postérieure*, l'*hydrophthalmie mixte*, et l'*hydropisie de la choroïde.*

Les causes ordinaires de l'hydropisie de l'œil sont les inflammations chroniques de la membrane de l'humeur aqueuse et de l'hyaloïde, surtout lorsque ces inflammations affectent des individus scrophuleux ou syphilitiques, et sont dues à la suppression d'ulcères ou d'exanthèmes chroniques. Quelquefois l'hydrophthalmie accompagne l'hydrocéphale et l'anasarque ; d'autres fois elle se développe sans cause connue.

L'*hydrophthalmie antérieure* se manifeste par l'augmentation de l'humeur aqueuse, qui occasionne un agrandissement de la chambre antérieure; une protubérance et une distension de la cornée : celle-ci, d'abord transparente, se trouble plus tard en différens endroits; l'iris est immobile, la pupille normale ou dilatée ; la sclérotique est bleuâtre près du bord de la cornée. Le globe de l'œil est dur, ses mouvemens sont difficiles, et le malade, d'abord myope, perd peu à peu la vue presque complétement, à moins que la maladie ne reste stationnaire à un degré peu avancé, ce qui arrive quelquefois. Si elle ne reste pas stationnaire, l'hydrophthalmie antérieure se termine ou par la guérison, ou par l'in-

flammation et la rupture de l'œil, suivies de la suppuration ou de l'atrophie de cet organe; ou, enfin, l'hydrophthalmie postérieure peut se joindre à l'antérieure, et constituer l'hydrophthalmie mixte.

L'*hydrophthalmie postérieure* est surtout caractérisée par l'augmentation de volume de la partie du globe de l'œil située derrière l'iris, qui occasionne de la gêne dans les mouvemens de l'organe, pousse l'iris en avant vers la cornée, et rétrécit par conséquent la chambre antérieure. La pupille est resserrée; la cornée devient conique, et l'on voit à travers la sclérotique les vaisseaux variqueux de la choroïde. Le malade, d'abord myope, perd plus tard la vue au milieu de douleurs très-vives. Le globe de l'œil, très-dur, finit enfin ou par s'atrophier, ou par suppurer, ou par se changer en carcinome ou fongus médullaire. La membrane hyaloïde, qui, lorsque la maladie est peu avancée, a été trouvée claire et amincie, se trouble et s'épaissit lorsque le mal fait des progrès; et l'humeur vitrée, qui est plus liquide et limpide au commencement, devient plus tard épaisse et trouble. En outre, la rétine, la choroïde et même le crystallin, sont plus ou moins altérés lorsque la maladie est très-avancée.

L'*hydrophthalmie mixte* ou *buphthalmie* est la combinaison des deux précédentes variétés. Dans ce cas l'œil est énormément distendu, et fait saillie

hors de l'orbite; les douleurs sont très-vives, et la vue est complétement abolie.

L'*hydropisie de la choroïde* consiste dans un épanchement de sérosité entre la rétine et la choroïde, ou entre celle-ci et la sclérotique. J'ai déjà parlé de ce dernier épanchement à l'article *Staphylome de la sclérotique.* Lorsque la sérosité est épanchée entre la choroïde et la rétine, cette dernière est décollée en tout ou en partie, et poussée vers le centre de l'œil, où elle forme comme un faisceau dont la base se trouve au crystallin et le sommet à l'insertion du nerf optique. Si la rétine conserve sa transparence, elle est imperceptible; si elle s'obscurcit, au contraire, et s'épaissit, on voit un obscurcissement blanchâtre dans le fond de l'œil, auquel sont joints, soit les symptômes du staphylome de la sclérotique, soit ceux de l'hydrophthalmie postérieure, selon que la sclérotique se laisse distendre ou qu'elle résiste.

La marche de l'hydropisie de l'œil est ordinairement lente; mais la maladie n'en est pas moins grave et détruit la vue, si on ne parvient pas à l'arrêter avant qu'elle n'ait fait de grands progrès.

Le traitement de cette maladie doit avant tout être dirigé contre ses causes; si, par exemple, elle est due à la suppression d'un exanthème chronique, on tâchera de faire reparaître celui-ci au moyen de frictions avec l'onguent stibié ou la

teinture de cantharides, ou par l'application de sinapismes et de vésicatoires. L'hydropisie elle-même réclame l'usage de moyens différens, selon qu'elle s'accompagne de symptômes inflammatoires, ou qu'aucun signe d'irritation ne subsiste dans l'œil. Dans le premier cas les antiphlogistiques, les purgatifs salins et le mercure doux sont surtout indiqués; le second cas, au contraire, doit être combattu par les vésicatoires, les purgatifs drastiques, les diurétiques, la scille, la digitale, etc., et par l'application de compresses chauffées sur l'œil. Lorsque l'organe n'a pas de tendance à s'enflammer ou à dégénérer, on peut ajouter à ces moyens les fomentations avec une solution faible de sublimé corrosif, ou l'usage d'une pommade de précipité rouge.

Dans l'hydrophthalmie antérieure on a recours aussi à la ponction de la cornée, surtout lorsqu'il n'y a pas d'inflammation. Cette ponction se fait avec un couteau à cataracte à la partie inférieure de la membrane, comme il a été dit à l'article *Inflammation idiopathique de la membrane de Demours.* Afin que l'humeur aqueuse continue de s'écouler pendant quelque temps, on empêche la cicatrisation de la petite plaie, en y introduisant le couteau plusieurs fois par jour; si, malgré cette précaution, elle se cicatrise, on renouvelle la ponction. Lorsqu'elle ne suffit pas, et que la vue est perdue,

il vaut mieux exciser une partie de la cornée, comme dans le staphylome de la cornée.

L'hydrophthalmie postérieure un peu développée, et qui déjà a détruit la vue, doit être arrêtée dans sa marche par l'opération qui consiste à inciser la cornée, à extraire le crystallin, et à faire écouler une partie de l'humeur vitrée. Si la maladie est très-avancée, on fait encore mieux d'exciser la partie antérieure du globe de l'œil comme dans le staphylome, ou d'extirper le globe de l'œil. Les mêmes opérations sont nécessaires dans l'hydrophthalmie mixte et dans l'hydropisie de la choroïde, arrivées à un degré très-avancé. L'hydropisie de la choroïde peu développée réclame, outre l'emploi des médicamens déjà indiqués, des ponctions répétées avec le couteau ou l'aiguille à cataracte.

A. Sturm, *Dissert. de hydrophthalmo. Vindob.*, 1822.

21.° *Hypopyon.*

On appelle de ce nom un épanchement de pus dans la chambre antérieure ou postérieure. Quelques auteurs ont inutilement étendu cette dénomination à la suppuration générale du globe de l'œil par suite d'une ophthalmitis, et ont même appelé *hypopyon vrai* la suppuration de l'œil, et *hypopyon faux* l'épanchement de pus dans les chambres de l'œil. D'autres ont réservé le nom d'hypopyon à l'épanchement de pus dans la chambre

antérieure, et ont appelé *empyesis* celui dans la chambre postérieure.

L'épanchement de pus dans les chambres de l'œil se fait par suite de la rupture d'un abcès de l'iris ou de la cornée, et dans des cas plus rares, par une métastase purulente sur l'œil. Le pus qui se trouve dans la chambre postérieure, ne peut être aperçu que lorsqu'il est en assez grande quantité pour atteindre le bord de la pupille; lorsqu'il est amassé dans la chambre antérieure, il peut être facilement distingué; dans ce dernier cas on ne pourrait confondre l'hypopyon qu'avec un abcès de la cornée, duquel il se distingue cependant par sa forme, sa position et sa mobilité. L'épanchement purulent de la chambre antérieure prend toujours inférieurement la forme de celle-ci, et sa surface supérieure est plane; tandis que l'abcès de la cornée présente une figure plus irrégulière et plus ou moins arrondie en haut; en regardant l'œil de profil, on voit si la cornée est malade ou si elle conserve sa transparence dans toute son épaisseur; enfin, le pus de l'hypopyon change de place en suivant les lois de la pesanteur, et se trouvera toujours à la partie de la chambre de l'œil qui sera placée en bas, de sorte que, le malade étant couché sur le côté, le pus se porte à la partie latérale de la chambre, ce qui n'a pas lieu dans l'abcès de la cornée.

L'hypopyon est plus ou moins grave, suivant

l'intensité de la maladie qui l'a occasioné, et suivant la quantité de pus épanchée; une petite portion de ce liquide est facilement résorbée au bout d'une ou de plusieurs semaines. Lorsque les deux chambres de l'œil sont remplies de pus complétement ou en grande partie, l'œil est le plus souvent perdu par suite de la suppuration et de l'ulcération, qui manquent rarement de s'en emparer.

Le traitement de l'hypopyon doit d'abord être dirigé contre l'inflammation de l'iris ou de la cornée qui a donné lieu à l'épanchement, afin d'empêcher que le pus ne continue à être sécrété; les antiphlogistiques, et surtout les révulsifs, remplissent cette première indication. En même temps on favorise la résorption du pus épanché par les révulsifs, les purgatifs, les frictions mercurielles autour de l'orbite, et par l'usage de la racine de polygala sénéga. Ce moyen, d'abord recommandé dans ces cas par le professeur AMMON[1], paraît jouir de la propriété de stimuler l'absorption ; il est surtout indiqué lorsqu'il n'existe plus d'inflammation : on l'administre alors en poudre on en pilules à la dose de dix à vingt grains trois ou quatre fois par jour, ou bien en décoction concentrée, qu'on édulcore fortement pour les enfans.

---

1 *Heidelberger klinische Annalen*, 1826, tom. II, pag. 220.— Arch. gén. de méd., 1826, tom. XII, pag. 277.

℞. Rad. seneg. . . . . ℥ß.
Coq. in aq. font. . . . . ℥vj.
Ad reman. . . . . ℥iij.
Colat. adde
Syr. cort. aur. . . . . ℥ij.
M. A prendre par cuillerée à bouche trois à cinq fois par jour.

Sur l'œil même on fait, s'il y a encore de l'inflammation, des fomentations avec des décoctions émollientes, auxquelles on ajoute plus tard du laudanum; s'il n'y a plus d'inflammation, on fomente l'œil avec une infusion légère de racine de sénéga.

Enfin, lorsque l'épanchement de pus est considérable, et que la cornée menace de se rompre, on incise celle-ci à sa partie inférieure pour donner issue au pus; dans ces cas la vue est ordinairement perdue.

Tout ce que je viens de dire de l'hypopyon s'applique également à l'*hypolympha*, ou accumulation de lymphe fluide dans les chambres oculaires, produite quelquefois par les inflammations de la cornée, de l'iris et de la capsule crystalline; et à l'*hypogala*, ou déposition d'un liquide lactiforme dans les chambres de l'œil, à la suite de la suppression brusque de la sécrétion laiteuse.

F. Fabini, *Dissertatio de hypopyo. Tubingæ*, 1818.
Ph. F. Walther, *Merkwürdige Heilung eines Eiterauges, nebst Bemerkungen über die Operation des Hypopyon.* 2.e édit. Landshut, 1819.
M. Gierl, *Das Hypopium oder Eiterauge und seine*

Behandlung, vorzüglich durch die künstliche Entleerung des Eiters. Augsburg, 1825.

22.° *Hæmophthalmie* (apoplexia oculi).

A la suite de contusions ou de commotions violentes de l'œil, quelquefois aussi sans cause connue, il se fait ou au-dessous de la conjonctive (*hæmophthalmie externe*, *ecchymose de la conjonctive*, *hæmalops*, *hyposphagma*), ou bien dans les chambres de l'œil ou dans le corps vitré (*hæmophthalmie interne*, *hypoæma*), un épanchement de sang plus ou moins considérable.

L'ecchymose de la conjonctive est facile à reconnaître. L'épanchement de sang dans les chambres oculaires présente, à la différence de couleur près, les mêmes symptômes que l'hypopyon. Enfin, l'épanchement sanguin dans le corps vitré se reconnaît à ses causes et à la teinte rouge que le malade voit répandue sur tous les objets.

Le traitement de l'hæmophthalmie consiste d'abord à arrêter l'écoulement du sang par des applications froides, et ensuite à favoriser la résorption du sang épanché par des fomentations aromatiques, et par les moyens indiqués pour l'hypopyon.

23.° *Exophthalmie.*

Le globe de l'œil fait quelquefois une saillie anormale hors de l'orbite, ce qui constitue l'exoph-

thalmie. Cette maladie, ou plutôt ce symptôme, peut dépendre, soit du trop grand volume du globe de l'œil, soit de l'étroitesse ou du rétrécissement de la place que l'œil doit occuper dans l'orbite. Dans le premier cas l'œil est ordinairement enflammé, c'est l'*exophthalmie* proprement dite de quelques auteurs; dans le second cas le globe de l'œil n'est pas malade, c'est l'*exophthalmus* de ces mêmes auteurs.

L'étroitesse de l'orbite peut être congéniale; mais le plus souvent l'exophthalmie est produite par des tumeurs qui se développent dans cette cavité, et qui poussent l'œil d'arrière en avant.

L'exophthalmie, n'étant qu'un symptôme, doit être traitée suivant la nature de ses causes.

24.° *Squirrhe et carcinome du globe de l'œil (scirrophthalmie, ophthalmie carcinomateuse, exophthalmie cancéreuse); extirpation du globe de l'œil; yeux artificiels.*

Le squirrhe du globe de l'œil se développe tantôt sans cause connue, tantôt par suite d'ophthalmies chez des individus cachectiques ou scrophuleux. Le globe de l'œil devient alors dur, inégal, bosselé; la sclérotique prend une teinte rosée, et des vaisseaux variqueux se manifestent dans la conjonctive; la vue s'affaiblit ou se perd complétement.

Après être resté stationnaire pendant plus ou moins long-temps, le squirrhe devient excessivement douloureux; l'inflammation s'empare du globe de l'œil; des ulcérations se manifestent, qui augmentent d'étendue, se couvrent de fongosités, désorganisent l'œil, s'étendent aux parties voisines, et s'accompagnent de fièvre hectique, qui mène le malade au tombeau. Cet état ulcéré du squirrhe constitue le carcinome, qui peut aussi se développer à la suite de la cirsophthalmie, de l'hydrophthalmie mixte, de la papule maligne, du sarcome de la conjonctive, du staphylome de la cornée et du cancer des paupières.

Le squirrhe de l'œil est une maladie très-grave, et qu'on ne réussit même que rarement à arrêter dans sa marche. Une fois passé à l'état cancéreux, il fait des progrès rapides, et, abandonné à lui-même, tue infailliblement le malade.

Le traitement du squirrhe de l'œil consiste à combattre les symptômes inflammatoires qui se manifestent quelquefois, et à détourner le travail morbide vers une partie moins noble. A cet effet on fait de temps en temps des saignées ou des applications de sangsues, on donne des laxatifs et on établit un cautère au bras ou à l'apophyse mastoïde. Mais aussitôt que le malade commence à éprouver des douleurs vives et lancinantes dans l'œil, que par conséquent le squirrhe va passer à

l'état de cancer, le seul moyen qui reste pour sauver la vie du malade, consiste dans l'extirpation du globe de l'œil; celle-ci est également le seul remède du carcinome déclaré.

Extirpation du globe de l'œil. Cette opération ne se pratique pas seulement dans les cas de cancer de l'œil, mais aussi dans ceux de fongus médullaire et hématode de cet organe; dans ceux où le globe de l'œil, détaché en partie de ses adhérences par suite d'une blessure ou d'une commotion violente, commence à tomber en gangrène; dans ceux, enfin, où l'œil est altéré et poussé hors de l'orbite par des tumeurs qui se sont développées dans cette cavité, et qui ne peuvent être enlevées sans le globe de l'œil.

Dans les cas de cancer de l'œil, l'opération est toujours contre-indiquée lorsque la dégénérescence carcinomateuse se manifeste également dans d'autres organes, comme le sein, la matrice; et lorsque le malade est tellement faible, qu'il ne pourrait supporter la douleur et la perte de sang inséparables d'une opération aussi grave.

Les instrumens et autres objets nécessaires pour l'extirpation du globe de l'œil sont : deux élévatoires de Pellier, une grande érigne ou une aiguille courbe munie d'un fil, un bistouri convexe ordinaire (qui est préférable aux couteaux courbes sur leur plat, dont se servent quelques chirurgiens), des ciseaux

courbes sur leur plat (employés d'abord par Louis, et par conséquent appelés à tort, par quelques auteurs, ciseaux de Cooper), une pince à dissection, une seringue à injection, l'appareil pour la ligature des vaisseaux, de l'amadou, des éponges, de la charpie, des compresses, des bandes roulées, de l'eau froide, de la glace, du vin, de l'éther, du laudanum; enfin, des cautères boutonnés ou cylindriques, chauffés au rouge, mais qu'on place dans une pièce voisine.

Le malade étant assis sur une chaise, un aide fixe la tête et relève la paupière supérieure avec l'élévatoire de Pellier; deux autres aides sont chargés de fixer les extrémités du malade, l'un d'eux abaisse en même temps la paupière inférieure avec l'instrument de Pellier. L'opérateur, placé debout en face du malade, commence par inciser la commissure externe des paupières afin de pouvoir pénétrer plus librement dans l'orbite : cette incision, qui doit avoir un demi-pouce à un pouce d'étendue, se fait en introduisant le bistouri sous la commissure après avoir préalablement tendu la peau. Avant de procéder à l'extirpation elle-même, on accroche l'œil avec une grande érigne, ou bien l'on passe à travers la partie antérieure de l'œil un fil, dont on noue ensuite les deux bouts : au moyen de l'érigne ou du fil, l'opérateur peut diriger l'œil à son gré. On peut aussi se servir, dans le même but, d'une pince à crochet

ou d'une alène montée sur un manche, et avec laquelle on traverse l'œil. Pour extirper l'œil, l'opérateur saisit alors le bistouri, qu'il enfonce profondément entre l'œil et l'orbite à l'angle interne ou externe, suivant le côté qu'il opère; puis, d'un trait, si cela est possible, il détache de l'orbite la demi-circonférence inférieure de l'œil. Après avoir ensuite dirigé le globe oculaire vers en bas au moyen de l'érigne ou de l'anse de fil, le chirurgien enfonce de nouveau le bistouri à l'angle où il l'avait introduit la première fois, mais en dirigeant le tranchant vers en haut, afin de séparer la demi-circonférence supérieure de l'œil. Cet organe ne tient plus alors à la tête que par le nerf optique; pour le détacher complétement, on introduit à la partie supérieure de l'orbite les ciseaux courbes, en tournant la concavité vers l'œil; puis, quand ils sont parvenus dans le fond de l'orbite, on les ouvre, afin de placer le nerf optique entre les deux lames, et on coupe ce nerf. L'œil étant éloigné, l'opérateur fait faire des injections d'eau froide dans l'orbite, enlève de cette cavité, avec les ciseaux et la pince, autant de tissu cellulaire que possible, ainsi que la glande lacrymale, qui ne servirait plus de rien et pourrait facilement devenir cancéreuse; fait des injections froides ou applique de la glace pour arrêter l'écoulement du sang, et, si cela ne suffit pas, remplit la cavité orbitaire de charpie et d'amadou

maintenus par une bande, ou fait la ligature des petits vaisseaux, si cela est nécessaire, ou enfin, on a recours, pour arrêter l'hémorrhagie, à l'application du cautère actuel, qui cependant ne doit être employé que comme dernière ressource, parce qu'il peut occasioner la nécrose des os et l'inflammation du cerveau.

L'écoulement de sang étant arrêté, on remplit l'orbite mollement de charpie, on rapproche les lèvres de la commissure incisée, et on y applique des bandelettes agglutinatives; on tient les paupières fermées au devant de la charpie par des bandelettes agglutinatives, on en applique également sur les paupières du côté sain, afin d'empêcher les mouvemens de cet œil, qui occasionnent des douleurs dans le côté opéré; enfin, on porte le malade au lit, et on fait des fomentations froides non interrompues pendant deux jours.

Au bout de quatre ou cinq jours la suppuration commence à se faire; les douleurs diminuent, et la charpie se détache des parois de l'orbite : on lève alors le premier appareil, et on remplit de nouveau l'orbite avec de la charpie, ce qu'on continue à faire tous les jours jusqu'à ce que l'orbite, en partie remplie par les granulations, présente partout une surface cicatrisée, ce qui n'a lieu ordinairement qu'au bout de quelques mois. Avant que la plaie ne soit fermée, on fait bien d'établir un exutoire au bras.

Les principaux accidens qui peuvent survenir pendant et après l'opération, sont d'abord des douleurs excessives, des lypothimies, des convulsions; accidens qui proviennent souvent du tiraillement que l'opérateur fait éprouver au nerf optique, et qu'il doit par conséquent éviter dans les mouvemens qu'il fait faire à l'œil : on combat ces accidens par la suspension de l'opération et par l'emploi de quelques antispasmodiques, tels que l'éther, la teinture d'opium, etc. Un autre accident, qui dépend aussi de l'opérateur, c'est la blessure des parois osseuses de l'orbite, qui peut entraîner la carie de l'os et l'extension de l'inflammation au cerveau; maladies qui exigent alors des soins particuliers. Après l'opération une hémorrhagie violente se manifeste quelquefois; dans ce cas on enlève les bandelettes agglutinatives et la charpie, et on emploie les moyens précédemment indiqués pour l'hémorrhagie qui a lieu pendant l'opération. Enfin, la plaie peut ne pas se cicatriser assez vite ou prendre un aspect cancéreux; dans le premier cas, lorsqu'il y a un état d'atonie dans la plaie, on la fomente avec une infusion de camomille, ou bien on la panse avec un onguent stimulant. Mais dès qu'on voit une partie de la plaie prendre l'aspect cancéreux, on l'excise ou on y applique la pâte arsénicale de frère Côme : le plus souvent alors tout se fait en vain; la dégénérescence s'est propagée dans

l'intérieur du crâne au cerveau ou à la dure-mère, et le malade y succombe.

Le cancer de l'œil est fréquemment compliqué de celui des paupières, et alors l'opération est modifiée suivant que l'extirpation de l'œil doit être accompagnée de l'excision de l'une ou des deux paupières, ou seulement d'une partie de la paupière. On commence toujours par circonscrire par une incision les parties qui doivent être enlevées conjointement avec le globe oculaire, puis on les fixe sur l'œil par l'anse de fil qu'on passe à travers cet organe; le reste de l'opération ne présente rien de particulier. Lorsque les paupières ont été enlevées avec le globe de l'œil, on cache la difformité par des lunettes vertes munies de rideaux, ou par une compresse noire ou verte; mais lorsque l'œil a été seul extirpé, on remédie à la difformité en plaçant, deux ou trois mois après la cicatrisation de la plaie, un œil artificiel.

A. Louis, Mémoire sur plusieurs maladies du globe de l'œil, où l'on examine particulièrement les cas qui exigent l'extirpation de cet organe et la méthode d'y procéder. (Mém. de l'Acad. de chirurgie, t. V, p. 161.)

Desault, Œuvres chirurgicales, publiées par Bichat. Paris, 1801, tom. II.

Mothe, de l'extirpation du globe de l'œil. (Journal gén. de médecine, par Sédillot, 1813, tom. XLVIII.)

Yeux artificiels (*hypoblephara*). Ces instrumens, qui représentent la face antérieure de l'œil, sont faits en faïence, en verre ou en émail; ces derniers méritent la préférence. Pour se procurer un œil artificiel convenable, on fait faire une copie exacte de la face antérieure de l'œil sain, en ayant soin de bien indiquer la disposition des vaisseaux de la conjonctive, la couleur de l'iris, la position et les dimensions habituelles de la pupille; puis on donne à une lame de plomb la forme et la dimension présumée de la face antérieure de l'œil, et on l'introduit sous les paupières, pour voir si effectivement la dimension est juste : on note ensuite sur cette lame de plomb la position que devra avoir la cornée pour correspondre exactement à celle du côté opposé. Cette lame de plomb et le dessin sont envoyés au fabricant, qui de cette manière pourra rendre l'œil artificiel aussi semblable que possible à l'œil vivant.

Avant de placer l'œil artificiel, on habitue les parties à supporter la présence de ce corps étranger, en faisant porter au malade une lame de plomb en forme d'œil, mais plus petite que l'œil artificiel, et en augmentant peu à peu les dimensions de cette lame de plomb, jusqu'à ce qu'on soit parvenu aux dimensions nécessaires.

Pour placer un œil artificiel, on introduit son bord supérieur au-dessous de la paupière supérieure; et on abaisse fortement la paupière inférieure pour

engager derrière elle le bord inférieur de l'œil artificiel, qui alors est maintenu par les paupières. Afin de ne pas irriter les parties et de conserver plus longtemps l'œil artificiel, le malade doit enlever celui-ci la nuit et le placer dans de l'eau; à cet effet il abaisse la paupière inférieure, et soulève avec la tête d'une épingle le bord inférieur de l'œil artificiel, qui vient alors tomber dans la main prête à le recevoir.

Dans les cas où le globe de l'œil aura été extirpé, l'œil artificiel restera immobile derrière les paupières, et ne remédiera qu'incomplétement à la difformité; mais lorsque l'œil artificiel sera appliqué à un moignon mobile du globe de l'œil, les mouvemens de ce dernier lui seront communiqués, de sorte que la position de l'œil artificiel sera toujours parallèle à celle de l'œil sain : l'illusion sera alors complète.

HAZART-MIRAULT, Traité pratique de l'œil artificiel. Paris, 1818.

25.° *Fongus médullaire; fongus hématode; mélanose du globe de l'œil.*

Le *fongus médullaire* (*carcinome encéphaloïde*, *sarcome médullaire*) *de l'œil* s'observe surtout chez les enfans, et a pour point de départ ordinaire la dure-mère, le cerveau, ou le nerf optique, ce qui fait que les malades deviennent amaurotiques avant même qu'on n'aperçoive aucune altération dans

l'œil. Lorsque le fongus se manifeste dans l'œil, il s'étend quelquefois entre la choroïde et la rétine, et décolle cette dernière; d'autres fois il siége dans la rétine même : dans l'un et l'autre cas on voit apparaître dans le fond de l'œil une surface jaune, sur laquelle paraissent nager des filamens rouges; la pupille est dilatée, le globe de l'œil est dur, et la vue perdue. Dans cet état le mal peut rester stationnaire, mais le plus souvent il fait des progrès; la masse encéphaloïde remplit l'œil; cet organe se rompt, perd sa forme, et une tumeur fongueuse, médullaire, plus ou moins considérable, se développe à sa place; des douleurs violentes et la fièvre hectique en résultent et entraînent la mort du malade.

Le *fongus hématode* se développe à la suite de la cirsophthalmie ou de l'hydropthalmie postérieure, ou commence par une tumeur à l'iris, qui, en prenant de l'accroissement, finit par rompre le globe de l'œil. Le fongus, après avoir désorganisé le globe de l'œil, forme une tumeur qui présente tous les caractères du fongus hématode en général, et qui entraîne les mêmes accidens que le fongus médullaire.

La *mélanose de l'œil* se manifeste, soit dans l'intérieur de l'œil, soit sur la sclérotique, par des tumeurs lobulées, noires ou brunes, qui, en augmentant de volume, finissent par détruire l'œil et le changer en une masse fongueuse, qui a de l'analogie avec le fongus hématode.

Ces trois espèces de tumeurs sont du reste également malignes; abandonnées à elles-mêmes, elles entraînent la mort du malade, à moins qu'elles ne restent stationnaires, ce qui n'arrive cependant que dans des cas assez rares.

L'extirpation de l'œil est l'unique remède à ce mal; encore ne sauve-t-elle le malade que très-rarement, surtout lorsqu'elle n'est point pratiquée dès le début de l'affection.

J. Wardrop, *Observations on fungus hæmatodes. Edinb.*, 1809.

J. P. Maunoir, Mémoire sur les fongus médullaire et hématode. Paris, 1820.

B. Panizza, *Annotazioni anatomico-chirurgiche sul fungo midollare dell' occhio e sulla depressione della cateratta. Pavia*, 1821.

Ejusd. *Sul fungo midollare dell' occhio appendice. Pavia*, 1826.

Savenko, *Tentamen anatomico-pathol. de melanosi. Petropoli*, 1825.

C. Zimmermann, *De melanosi; dissert. inaug. Berolini*, 1828.

J. B. Pruscha, *Dissert. inaug. medico-ophthalmologica de melanosi bulbi oculi. Vindob.*, 1831. Dissertation publiée également en allemand sous le titre de : *Abhandlung über die Melanose des Augapfels.*

26.° *Ramollissement de l'œil* (*ophthalmomalacie*).

Cette altération organique est encore peu étu-

diée : elle paraît pouvoir affecter tous les tissus de l'œil; mais c'est à la cornée (*kératomalacie*) qu'on l'a observée le plus souvent. Cette membrane était alors proéminente, opaque, blanchâtre et d'une consistance plus ou moins pâteuse; elle se rompait facilement, ce qui occasionait la destruction de l'œil. Parmi les causes de cette altération, les ophthalmies purulentes paraissent tenir le premier rang. Quant aux moyens curatifs, on n'en a pas encore trouvé pour cette maladie.

Ammon, *in* Græfe *und* Walther's *Journal*, 1829, *Bd.* 13, *S.* 107.

Schœn, *Die Erweichung im menschlichen Auge* (Hecker's *liter. Annalen*, *Januar* 1830).

27.° *Ossification et lithiase de l'œil.*

De la matière osseuse ou pierreuse se dépose quelquefois en différentes parties de l'œil, dans la cornée, le crystallin, le corps vitré, entre celui-ci et la rétine, entre les plis de la conjonctive. Cette maladie est incurable et entraîne la cécité, excepté dans les cas où de la matière pierreuse est déposée sur la conjonctive, d'où on peut l'enlever avec des pinces et des ciseaux.

Schœn, *Handbuch der pathol. Anat. des menschl. Auges*, *S.* 181.

Journal hebdomadaire, 1829, n.os 51, 96 et 99.

28.° *Atrophie de l'œil.*

Lorsque la décomposition et l'absorption prédominent dans l'œil sur la nutrition, la composition, l'organe perd peu à peu de son volume, il s'atrophie. Cette maladie peut n'affecter que la cornée, ou s'étendre à tous les tissus de l'œil. Peut-être la synchyse n'est-elle qu'une atrophie du corps vitré?

L'*atrophie de la cornée* (*rutidosis*, *rhytidosis*) a lieu surtout à la suite d'irritations et d'inflammations chroniques de cette tunique, provoquées par le trichiasis, l'entropion, etc. Elle se manifeste par la diminution de l'étendue et l'aplatissement de la cornée; cette membrane devient terne, opaque, et la vue se perd.

L'*atrophie du globe de l'œil* reconnaît pour causes ordinaires les ophthalmies chroniques et les contusions de l'œil; elle se caractérise par la diminution générale de l'organe, lequel se réduit à la fin en un petit moignon ridé, caché dans le fond de l'orbite. La vue est toujours perdue, et la structure de l'œil plus ou moins altérée; quelquefois on reconnaît encore la cornée et l'iris, mais le plus souvent la partie antérieure de l'œil atrophié est blanche, opaque.

L'atrophie du globe de l'œil et celle de la cornée sont ordinairement incurables, et ce n'est que dans

des cas très-rares qu'on parvient à en arrêter la marche, en lui opposant les moyens propres à combattre la cause de la maladie.

29.° *Entozoaires de l'œil.*

Jusqu'à ces derniers temps l'existence d'animaux parasites dans l'intérieur de l'œil humain fut mise en doute, malgré l'observation, peu précise à la vérité, de MONGIN[1], et quoiqu'il soit généralement reconnu que des vers existent dans l'œil des animaux. La première observation bien détaillée et bien constatée d'un entozoaire existant dans l'œil humain, est due à SOEMMERING[2], qui trouva un cysticerque dans la chambre antérieure. Un second fait, analogue à celui-ci, a été observé par M. R. LOGAN[3]; mais déjà avant la publication de ce dernier, M. DE NORDMANN[4] avait fait connaître le résultat de recherches microscopiques entreprises par lui; recherches qui ont démontré l'existence de plusieurs espèces d'entozoaires dans l'œil de l'homme et des

1 Sur un ver trouvé sous la conjonctive à Maribarou, île Saint-Dominique. (Journ. de méd. de Paris, 1770, t. XXXII, pag. 338.)

2 *Ueber einen Cysticercus cell. im menschl. Auge* (*Isis*, 1830, *Heft* 7, *pag.* 717).

3 *The Lancet*, 1832 — 1833, v. 2, pag. 5.

4 A. VON NORDMANN, *Mikrographische Beiträge zur Naturgeschichte der wirbellosen Thiere, Heft* 2. *Berlin*, 1832.

animaux. Des observations faites plus récemment par le docteur GESCHEIDT[1], ont confirmé les résultats obtenus par M. DE NORDMANN. Voici, d'après ces auteurs, les entozoaires qu'on a trouvés dans l'œil humain, et la partie que ces vers occupaient.

1.° *Filaria medinensis*, sous la conjonctive;
2.° *Filaria oculi humani*, dans le crystallin;
3.° *Monostoma lentis*, dans le crystallin;
4.° *Distoma oculi humani*, dans le crystallin;
5.° *Cysticercus cellulosæ*, dans la chambre antérieure;
6.° *Echinococcus hominis*, entre la choroïde et la rétine.

Les entozoaires de l'œil s'accompagnent presque constamment d'altérations plus ou moins graves dans les parties qui en sont le siége; ces altérations semblent même préexister en partie au développement des animaux parasites. Lorsque le ver est situé sous la conjonctive, il s'accompagne de l'inflammation de celle-ci et de douleurs; dans la chambre antérieure l'entozoaire occasionne moins d'accidens, il trouble cependant la vue par ses mouvemens, et peut enflammer les parties environnantes, surtout la membrane de Demours et la cornée; le système lenticulaire se trouble constamment lorsque le ver l'occupe; enfin, l'echinococcus, qui se développe

---

1 AMMON's *Zeitschrift*, 1833, tom. III, pag. 405.

entre la choroïde et la rétine, occasionne tous les accidens produits par une accumulation de sérosité entre ces tuniques.

M. de Nordmann se demande aussi si la vue de mouches volantes, dont sont affectés certains individus, ne dépend point de la présence d'animalcules dans les humeurs de l'œil; animalcules qu'on trouve en très-grand nombre dans ces humeurs chez les poissons.

Quant au traitement que réclament les entozoaires de l'œil, il doit nécessairement varier suivant les accidens que produit l'animal, et suivant le siége de celui-ci. Toutes les fois que le ver qui occasionne les accidens peut être découvert, on fait bien d'en pratiquer l'extraction.

SECTION III.

LÉSIONS DYNAMIQUES OU SANS ALTÉRATION ORGANIQUE APPRÉCIABLE PENDANT LA VIE.

1.° *Spasme de l'œil* (ophthalmospasmus).

Cette maladie consiste dans la contraction spasmodique d'un ou de plusieurs des muscles qui meuvent le globe de l'œil; ces contractions sont ou toniques ou cloniques.

Les contractions toniques peuvent siéger dans un seul muscle ou dans plusieurs. Dans le premier cas l'œil est dirigé vers le côté du muscle affecté, et

la cornée peut même être cachée complétement dans cette partie de l'orbite; mais lorsque tous les muscles sont affectés, le globe de l'œil est tiré directement en arrière; l'iris est pressé en avant contre la cornée, et celle-ci prend une forme conique. On observe quelquefois ce spasme de l'œil chez des individus hypochondriaques ou hystériques, et chez ceux affectés de tétanos; mais le plus souvent il provient d'une blessure avec tiraillement ou contusion de l'œil.

Le spasme clonique consiste dans des contractions alternatives de plusieurs muscles de l'œil, ce qui fait que cet organe change continuellement de position. Ces contractions cloniques affectent quelquefois des individus très-nerveux, mais bien plus fréquemment on les observe chez les aveugles-nés ou chez ceux qui ont perdu la vue peu de temps après la naissance : chez ces individus ces contractions se font surtout dans les muscles droits internes et externes, et impriment à l'œil des mouvemens latéraux continuels; c'est à cet état qu'on a donné les noms de *nystagmus*, *nystaxis*.

Le spasme de l'œil, purement nerveux, est une maladie peu grave; mais celui qui provient d'une lésion traumatique, est quelquefois dangereux, parce que la tension du globe de l'œil peut augmenter la lésion et occasioner la rupture de l'organe et l'écoulement des humeurs.

Le traitement de ce spasme varie suivant ses causes : celui qui est symptomatique d'une maladie nerveuse, se dissipe en même temps que cette maladie; celui qui provient d'une lésion traumatique, exige l'emploi des antiphlogistiques, des applications froides, des fomentations avec l'eau de Goulard tiède.

Le spasme des aveugles-nés se dissipe lorsqu'on rend la vue à ces malades avant qu'ils ne soient âgés; si les individus affectés de cataracte congéniale ne sont pas opérés dans leur enfance, ils conservent pendant toute leur vie cette mobilité des yeux qui les empêche de bien fixer les objets.

Si le spasme de l'œil était idiopathique, on emploierait les antispasmodiques à l'intérieur, sur l'œil les fomentations ou instillations narcotiques, et autour de l'orbite les frictions antispasmodiques et narcotiques.

2.° *Ophthalmoplégie.*

On appelle ainsi la paralysie d'un ou de plusieurs des muscles qui meuvent le globe de l'œil.

Les individus sujets aux congestions vers la tête, sont surtout disposés à cette affection, qui est ordinairement produite par une cause rhumatismale; mais qui peut aussi être occasionée par une lésion ou commotion du globe de l'œil, ou accompagner l'apoplexie.

Lorsqu'un seul muscle est paralysé, le globe de

l'œil est un peu tiré vers le côté opposé, et ne peut pas être dirigé vers le côté affecté. Il en résulte que le malade louche et voit double lorsqu'il veut porter les yeux sur un objet placé du côté affecté, parce qu'alors l'œil sain se dirige seul dans ce sens, ce qui occasionne un défaut de parallélisme entre les deux axes visuels. Ce *strabisme* qu'on a nommé *incomplet*, cesse aussitôt que le malade fixe un objet situé du côté non affecté de l'œil; les muscles de ce côté exécutant leurs fonctions comme ceux de l'œil sain.

La paralysie de tous les muscles de l'œil est très-rare, et toujours accompagnée d'amaurose et de paralysie de l'iris. Le globe de l'œil est immobile dans ce cas, et le malade louche toutes les fois qu'il ne tient pas l'œil sain immobile dans la même direction que celle qu'affecte l'œil paralysé. L'ophthalmoplégie est une maladie quelquefois très-opiniâtre lorsqu'elle est partielle; elle est à peu près incurable lorsqu'elle est complète.

Le traitement se dirige d'après les causes de la maladie. Accompagne-t-elle l'apoplexie, elle n'exige point de traitement particulier; est-elle occasionée par une blessure ou une commotion de l'œil, ces moyens doivent être dirigés contre ces dernières; la cause, enfin, est-elle rhumatismale, on agit contre celle-ci.

Lorsqu'on ne découvre pas la cause de l'ophthal-

moplégie, ou qu'on ne peut plus la combattre, on emploie contre la maladie elle-même les frictions et les vapeurs spiritueuses, les révulsifs, l'électricité et le galvanisme.

Les frictions se font sur les paupières et le pourtour de l'orbite avec de l'alcool, de l'eau de Cologne, du liniment volatil, des huiles essentielles, etc. On dirige sur l'œil des vapeurs ammoniacales ou éthérées, en versant et en étendant dans le creux de la main de l'ammoniaque, du baume de Fioraventi, des huiles essentielles, et en approchant la main de l'œil. Ces moyens réussissent rarement; mais il n'en est pas de même des révulsifs : parmi ceux-ci on choisit de préférence les vésicatoires appliqués aux tempes, au front, à la région mastoïdienne; et l'emplâtre stibié appliqué au-dessus du sourcil. Lorsque ces remèdes restent sans succès, l'application de moxas aux tempes et au front amène encore quelquefois la guérison.

Enfin, un moyen trop souvent dédaigné, et qui n'en est pas moins recommandable dans les cas d'ophthalmoplégie, c'est l'emploi de l'électricité et du galvanisme, dont on fait passer le courant par la partie affectée.

3.° *Strabisme.*

Le strabisme est un défaut de parallélisme des deux yeux, qui provient, soit de ce que ces organes

ne sont pas dirigés simultanément vers le même objet, soit de ce que les pupilles n'étant pas situées dans les parties correspondantes des deux iris, ce qui se voit quelquefois après l'opération de la pupille artificielle, les deux globes sont obligés de perdre leur parallélisme pour diriger les deux pupilles vers le même objet. Cette dernière espèce de strabisme ne constitue pas une maladie, elle est même nécessaire pour faire correspondre les deux pupilles; je ne parlerai donc que de la première espèce, dans laquelle les deux yeux ne sont pas dirigés simultanément vers le même objet.

Le cerveau ne pouvant percevoir dans le même instant deux objets divers, qui lui seraient transmis par les deux yeux séparément, il en résulte que, dans le strabisme, nous ne voyons que par un œil, tandis que l'autre est inactif; c'est ce dernier qui *louche*. Quelquefois c'est tantôt un œil qui fonctionne, tantôt l'autre; dans ces cas le strabisme n'a d'autre inconvénient que la difformité qu'il occasionne, et aussi long-temps qu'il est récent, la diplopie ou vue double; mais le plus souvent c'est le même œil qui fonctionne toujours : alors l'œil qui louche continuellement, et qui par conséquent est inactif, s'affaiblit peu à peu et devient presque complétement aveugle.

Le strabisme n'est au fond qu'un symptôme d'une inégalité de contraction des muscles moteurs de

l'œil; cependant on le divise généralement en essentiel et symptomatique, et on considère comme essentiel celui qui dépend d'une inégalité de force des muscles de l'œil, ou de l'inégalité de la force visuelle des deux yeux. On appelle par contre symptomatique le strabisme qui est occasioné par l'apoplexie, par une tumeur développée dans l'orbite, par les vers intestinaux, par les maladies convulsives. Dans ces cas le strabisme n'est quelquefois que passager; mais il est toujours permanent lorsqu'il est essentiel. Ce dernier peut être congénial; le plus souvent cependant il est acquis dans l'enfance, et provient alors, soit de l'imitation qui porte les enfans à loucher quand ils sont entourés de personnes affectées de strabisme, soit de ce qu'ils exercent trop un œil aux dépens de l'autre, ce qu'ils font surtout lorsque leur berceau est placé de manière que la croisée, ou quelque objet brillant qui les intéresse, se trouve d'un côté. Chez les individus plus âgés, le strabisme peut provenir de l'habitude de regarder les objets de très-près, et surtout de l'inégalité de force des deux yeux; inégalité qui occasionne un trouble de la vue, que l'individu cherche à faire disparaître en annulant, pour ainsi dire, l'œil le plus faible, en faisant cesser le parallélisme des deux yeux, afin de ne voir que de l'œil fort.

Suivant que l'œil faible est porté en dedans ou

en dehors, le strabisme est *convergent* ou *divergent ;* si l'œil se portait en haut ou en bas, le strabisme serait *vertical.* On appelle *strabisme incomplet* (*vue oblique, luscitas*) l'impossibilité de mouvoir un œil dans un sens, tandis que ses mouvemens sont libres dans tous les autres sens, d'où il résulte que le malade ne louche que lorsqu'il regarde un objet placé du côté vers lequel l'œil affecté ne peut pas se diriger; cette espèce de strabisme provient, soit de la paralysie d'un des muscles de l'œil, soit d'une tumeur développée d'un côté de l'orbite. Enfin, le *faux trait de la vue* consiste dans l'impossibilité de rapprocher les axes des deux yeux, pour regarder un objet placé à une petite distance.

Le strabisme, lorsqu'il est récent, cause le trouble de la vue, la diplopie ou vue double, des maux de tête; plus tard les malades s'y habituent, et le strabisme n'occasionne plus que de la difformité et l'affaiblissement progressif de l'œil qui louche.

La maladie n'est pas bien grave; mais elle est très-difficile à guérir, surtout lorsqu'elle est ancienne.

Je ne parlerai pas du traitement du strabisme symptomatique; il doit être dirigé contre la cause occasionelle. Pour guérir le strabisme essentiel, on se servait beaucoup autrefois de coquilles de noix, de lunettes, de masques, et autres appareils dans lesquels on avait pratiqué deux petites ouvertures qui correspondaient aux axes visuels des deux yeux,

et par lesquels on croyait que le malade regarderait; mais au lieu de guérir le strabisme, on l'augmentait. Les malades ne se servaient que d'un œil, et l'autre, n'étant pas même exposé à la lumière, s'affaiblissait encore davantage : aussi commence-t-on à abandonner généralement l'usage de ces instrumens, et à recourir à des moyens plus rationnels. L'indication qu'on a à remplir est de fortifier les muscles et l'œil faibles, afin de leur donner une force égale à celle de l'organe sain. Le meilleur moyen pour parvenir à ce but, c'est l'exercice du côté faible. A cet effet on bande plusieurs fois par jour l'œil sain, et on oblige par conséquent le malade de se servir de l'œil faible, ce qui au commencement est très-fatigant, et ne peut être prolongé que pendant quelques minutes; mais peu à peu l'œil s'y habitue et acquiert de la force. Quelquefois on place le malade devant une glace, et on lui dit de bien fixer ses deux prunelles; il n'y parvient qu'en cessant momentanément de loucher. Pour engager l'œil qui louche à se porter vers le côté opposé, on fixe sur le nez lorsque le strabisme est divergent, ou, s'il est convergent, sur le bord orbitaire externe, une mouche noire de taffetas gommé, qui, par sa couleur et la gêne qu'elle occasionne, attire le regard, surtout chez les enfans. Aux enfans très-jeunes on montre à une certaine distance des objets qui les intéressent et attirent leurs regards. Enfin, lorsque

le strabisme dépend de la faiblesse ou de la paralysie d'un des muscles de l'œil, on emploie conjointement avec l'exercice de l'œil les moyens indiqués à l'article précédent.

A. Roux, Observation sur un strabisme divergent de l'œil droit, guéri sur un sujet adulte, qui en était affecté depuis son enfance. Paris, 1814.

Rossi, Considérations physiologico-pathologiques sur le strabisme. (Revue médicale française et étrangère, Septembre, 1829, pag. 531.)

4.° *Rétrécissement de la pupille* (*constriction de la pupille,* myosis, phthisis pupillæ); *dilatation de la pupille* (*mydriase,* platycoria); *oscillation de l'iris* (hippus, tremor iridis, iridodonesis).

Le *rétrécissement de la pupille* est le plus souvent symptomatique; on l'observe dans les ophthalmies internes, dans l'hypochondrie, l'hystérie, etc. Quelquefois il est produit par l'habitude de regarder de petits objets fortement éclairés, de se servir du microscope; enfin il peut même, quoique cela n'arrive que rarement, dépendre d'une paralysie de l'iris. Le rétrécissement de la pupille s'accompagne ordinairement de photophobie et d'affaiblissement de la vue, et devient quelquefois habituel. Lorsque le rétrécissement provient de la paralysie de l'iris, la pupille est irréguliere, mate, la vue très-faible. Le

traitement de la maladie varie suivant ses causes; est-elle symptomatique, on traite la maladie principale; le rétrécissement est-il dû à l'habitude, on recommande au malade de ne pas fatiguer ses yeux, de porter un garde-vue, de regarder souvent dans le lointain; on peut aussi dans ce cas dilater la pupille au moyen des instillations ou frictions d'extrait de belladone ou de jusquiame. Le rétrécissement qui dépend de la paralysie de l'iris, est le plus souvent incurable; on le combat par les révulsifs, les toniques, les excitans.

La *mydriase* est presque toujours symptomatique; la présence des vers et l'amaurose en sont des causes très-fréquentes. La dilatation de la pupille s'accompagne toujours d'un affaiblissement de la vue et quelquefois de photophobie. Lorsqu'on ne découvre pas la cause de la maladie, on agit symptomatiquement pour la guérir; on emploie les antiphlogistiques, l'obscurcissement de la chambre, chez les individus qui sont très-sensibles à la lumière et présentent des signes de congestion vers la tête; dans les circonstances opposées on a recours aux révulsifs, aux frictions irritantes et aux vapeurs ammoniacales dirigées vers l'œil, à l'application de la pierre infernale en plusieurs endroits de la circonférence de la cornée.[1]

---

1 Serres, De la cautérisation de la cornée transparente, etc. (Revue méd. fr. et étr., 1830, tom. III, pag. 161.)

L'oscillation de l'iris consiste tantôt dans un mouvement alternatif de contraction et d'expansion (*hippus iridis*); tantôt dans une espèce de tremblement de l'iris ou un mouvement d'avant en arrière et d'arrière en avant (*iridodonesis*). Le premier genre d'oscillation est très-rare et accompagne les maladies spasmodiques, avec lesquelles il disparaît aussi. L'autre genre, ou *tremblement* de l'iris, paraît provenir d'une paralysie de cette membrane, et ne se manifeste que sur les yeux affectés d'amaurose, de diminution ou d'altération du corps vitré, ou opérés de la cataracte. Cette oscillation exige l'emploi des excitans, des révulsifs et des moyens propres à combattre la maladie qu'elle accompagne.

C. Himly, De la paralysie de l'iris, traduit par Ehlers. Paris, 1802.
O. Kunhardt, *Ueber Mydriasis. Erlangen,* 1832.

5.° *Amaurose* (*goutte sereine,* suffusio nigra, nevrosis retinæ).

J'appelle amaurose, l'affaiblissement ou la perte plus ou moins complète de la vue, provenant d'un trouble dans les fonctions de la rétine, du nerf optique ou des parties du cerveau qui lui donnent naissance ; mais sans altération organique appréciable pendant la vie, et sans symptômes inflammatoires apparens. Beaucoup d'auteurs ont considéré

comme synonymes les termes d'amaurose et de paralysie de la rétine ou du nerf optique. Il est vrai que, lorsque cette paralysie existe, il y a amaurose; mais cette dernière provient aussi quelquefois de la compression exercée sur les parties chargées de la transmission des images au cerveau, par des tumeurs développées dans ces parties mêmes ou dans celles qui les environnent; et il est probable que très-souvent l'amaurose ne dépend que d'une inflammation chronique de la rétine ou du nerf optique; inflammation qui nécessairement doit être obscure, puisque, si elle l'était moins, la maladie ne serait plus une amaurose, mais prendrait le nom d'inflammation de la rétine ou du nerf optique.

J'ai dit que dans l'amaurose l'affaiblissement de la vue n'était accompagnée d'aucune altération organique appréciable pendant la vie; c'est ce qui distingue cette maladie du glaucome, du fongus médullaire commençant, et des autres affections organiques qui entraînent la cécité. Très-souvent, après la mort même, on ne trouve aucune lésion organique, surtout lorsque l'amaurose a été de courte durée; dans les cas d'amaurose ancienne, par contre, il y a presque constamment une atrophie de la rétine et du nerf optique, une diminution de leur substance nerveuse : quelquefois on trouve aussi ces parties tuméfiées, dégénérées; d'autres

fois, enfin, on les voit comprimées par des tumeurs développées dans leur substance même, ou dans le tissu cellulaire de l'orbite, les os du crâne, la dure-mère, le cerveau. Il résulte de ce que nous venons de dire que, la cause prochaine de l'amaurose n'étant pas toujours la même, les causes prédisposantes et déterminantes doivent varier. On a remarqué que les yeux bruns étaient plus disposés à l'amaurose que les yeux gris et bleus; la prédisposition à cette maladie existe également chez les individus sujets aux congestions vers la tête, aux constipations, aux rhumatismes, à la goutte. L'amaurose s'observe dans tous les âges de la vie; elle est quelquefois congéniale, quoique rarement; chez les vieillards elle survient souvent comme effet de la décrépitude; enfin, dans l'âge mûr elle est occasionée par une foule de causes, parmi lesquelles les principales sont les plaies et contusions de l'œil et des parties environnantes, surtout de la région surcilière; la dilacération ou le tiraillement du nerf frontal ou du sous-orbitaire; les commotions de la tête; l'action sur l'œil d'une lumière trop vive (chez les astronomes, les voyageurs dans les régions couvertes de neige, etc.), d'une chaleur trop forte (chez les forgerons, les ouvriers de verreries, etc.); l'exercice trop prolongé de la vue, surtout par les veilles, les observations à la loupe et au microscope; les congestions répétées vers la tête, produites souvent

par des excès de table ou par des vêtemens trop serrés au cou et au bas-ventre, par l'usage prolongé des narcotiques et de quelques amers, tels que la centaurée, le quassia, le houblon, le café de chicorée; la suppression de la transpiration, d'éruptions cutanées, d'ulcères chroniques, d'hémorrhagies habituelles, d'un coryza; la rétropulsion du rhumatisme ou de la goutte; la présence des vers dans le canal intestinal, des calculs dans la vessie ou l'urètre; les accès hystériques, la grossesse, les pollutions trop fréquentes, la masturbation, le coït trop souvent répété; enfin, les scrophules, la syphilis et les autres causes qui favorisent le développement de tumeurs dans l'œil ou ses parties environnantes.

Suivant la nature de ces causes, on a divisé l'amaurose en *essentielle* ou *idiopathique*, *sympathique* et *symptomatique*. Suivant son degré de développement, on a divisé la maladie en *faiblesse de la vue*, (*hebetudo visus*), *amblyopie*, *amaurose incomplète* et *amaurose complète*; il y a même des auteurs qui ont fait de la faiblesse de la vue et de l'amblyopie une maladie particulière; mais elles ne sont effectivement que les premiers degrés de l'amaurose, lesquels, à la vérité, peuvent persister plus ou moins long-temps, mais qui ne passent que trop souvent à l'état d'amaurose complète. Une distinction très-importante sous le rapport thérapeutique, c'est

celle de l'amaurose en *congestive* et *nerveuse;* cette dernière doit ensuite être subdivisée en amaurose *par irritation nerveuse* et amaurose *paralytique.* Ces noms indiquent suffisamment sur quoi est fondée cette division.

L'amaurose peut aussi présenter différentes variétés par suite de sa complication avec d'autres affections; les plus fréquentes de ces complications sont celles avec la cataracte, le glaucome, la synchyse, l'hydrophthalmie, les ophthalmies chroniques, le staphylome de la sclérotique.

Le symptôme essentiel de l'amaurose c'est une diminution progressive de la vue ou une abolition complète de cette fonction. Cet affaiblissement de la vue est quelquefois le seul symptôme maladif, mais le plus souvent il s'accompagne de la vue de mouches volantes, d'étincelles ou de figures luisantes qui passent et repassent devant l'œil et troublent la vue; tous les objets apparaissent comme à travers un voile ou un réseau (*visus reticulosus*); le malade est tourmenté par des douleurs violentes dans la tête, du côté de l'œil affecté; ces douleurs persistent ordinairement jusqu'à ce que la vue soit complétement détruite de ce côté; puis se portent sur l'autre moitié du crâne, et ne se dissipent que lorsque l'amaurose est également complète au second œil. L'œil malade lui-même ne présente quelquefois rien d'anormal; mais le plus souvent la pupille est dilatée,

immobile et moins noire que dans l'état normal, sans cependant que les milieux transparens fussent troublés. Quelquefois la pupille est irrégulière; dans des cas assez rares elle est rétrécie. On a vu aussi l'iris conserver sa mobilité, ce qui fréquemment est dû à ce que l'iris de l'œil amaurotique suit les mouvemens exécutés par celui de l'œil sain ou peu affecté.

L'amaurose se développe plus ou moins rapidement; elle est quelquefois subite, surtout après des commotions violentes de l'œil, des coups d'apoplexie; d'autres fois elle fait des progrès très-lents, reste même stationnaire à un degré peu avancé. Le plus souvent elle ne se montre d'abord qu'à un œil, mais affecte l'autre plus tard.

La marche et les symptômes qui viennent d'être indiqués, subissent différentes modifications, suivant les causes de l'amaurose ou sa nature congestive ou nerveuse. Les modifications occasionées par les causes de l'amaurose sont nombreuses et se conçoivent facilement: c'est ainsi, par exemple, que l'amaurose par contusion de l'œil présente, outre la cécité, des lésions plus ou moins considérables à l'œil; celle due à la compression produite sur l'œil par une exostose de l'orbite, s'accompagne d'une déformation du globe de l'œil ou de la saillie de cet organe hors de l'orbite (*exophthalmie*); l'amaurose par rétrocession de la goutte occasionne des douleurs

très-vives dans la région susorbitaire, etc. Outre ces symptômes locaux, les causes de l'amaurose produisent quelquefois encore des symptômes généraux qui méritent toujours la plus grande attention, parce que c'est souvent par eux seuls que le médecin parvient à découvrir la cause de la goutte sereine. Mais ce qui n'est pas moins digne d'attention, c'est la nature ou le caractère de l'amaurose. Nous avons dit plus haut que cette maladie pouvait être congestive ou nerveuse.

L'*amaurose par congestion* dépend, comme son nom l'indique, d'une congestion sanguine vers l'œil ou le cerveau, congestion qui occasionne probablement une certaine compression des parties nerveuses desquelles dépend la vision, d'où résulte alors le trouble de cette fonction. Il est à présumer que dans bien des cas cette amaurose est produite par une inflammation chronique de la rétine.

Tout ce qui favorise l'afflux du sang vers la tête dispose à cette amaurose. Le caractère congestif est également propre aux amauroses qui proviennent de la suppression d'exanthèmes, d'hémorrhagies et de coryza habituels, de la rétrocession de la goutte et du rhumatisme.

L'amaurose par congestion se distingue par la couleur noire des mouches volantes; lorsque le malade distingue encore les objets, ils lui paraissent d'une couleur plus foncée qu'ils ne le sont effecti-

vement; le voile à travers lequel il croit voir, devient de plus en plus foncé, jusqu'à ce qu'enfin la cécité soit complète. Au grand jour le malade voit mieux que le soir; il sent de la pesanteur et une douleur obtuse dans la région surcilière. Le bord des paupières est ordinairement rouge à l'intérieur et la conjonctive oculaire parcourue par des vaisseaux injectés. La pupille est dilatée, et lorsque les deux yeux sont malades, la dilatation des deux pupilles est souvent inégale. Tout ce qui augmente l'afflux du sang vers la tête augmente l'amaurose, et par contre le malade se trouve mieux après des évacuations sanguines ou alvines.

Si l'amaurose par congestion fait des progrès, elle se termine par l'amaurose paralytique.

L'*amaurose nerveuse* se subdivise en amaurose par irritation nerveuse et en amaurose paralytique.

L'*amaurose par irritation nerveuse*, ou par *éréthisme*, se manifeste surtout chez les individus nerveux à iris bleus ou gris, à la suite d'affections morales tristes, d'évacuations abondantes de sang, de sperme ou autres; d'une application trop soutenue des yeux, surtout par l'observation de petits objets fortement éclairés. C'est cette espèce d'amaurose que provoquent quelquefois les vers intestinaux, l'hystérie, l'épilepsie.

Les signes qui distinguent l'amaurose par éréthisme, sont d'abord les symptômes d'une irritation

nerveuse générale et ensuite les symptômes locaux. Cette espèce d'amaurose commence ordinairement par l'exaltation de la faculté visuelle; le malade voit les objets beaucoup plus distinctement qu'avant d'être malade (*oxyopie*), et la nuit il reconnaît les objets mieux que ne le font les personnes bien portantes. Cette exaltation ne dure cependant pas; elle occasionne la fatigue de l'œil, du larmoiement et de la photophobie : cette sensibilité à la lumière peut devenir tellement forte, que le malade ne peut se servir de ses yeux que la nuit ou dans un appartement fortement obscurci, où il distingue alors encore assez bien les objets. Lorsqu'il peut regarder au jour des objets colorés, il les trouve plus clairs qu'ils ne le sont effectivement; il voit aussi des mouches volantes, des étincelles très-luisantes et qui présentent quelquefois toutes les couleurs de l'arc-en-ciel (*chrupsie*). Peu à peu un brouillard clair enveloppe tous les objets; le trouble de la vision et la vue d'étincelles qui au commencement faisaient des rémissions, deviennent permanens; la pupille, qui était rétrécie, mais pouvait se dilater, devient irrégulière, immobile. Enfin les étincelles et le brouillard blanchâtre et luisant passent à la couleur verte ou bleue, puis s'obscurcissent de plus en plus, jusqu'à ce qu'enfin le malade ne distingue plus rien et que l'irritation nerveuse se soit terminée par la paralysie.

L'*amaurose paralytique* peut non-seulement être la suite des deux précédentes variétés, mais aussi être primitive, et alors elle est surtout occasionée par l'exercice trop prolongé de la vue, l'impression d'une lumière trop vive, la commotion de l'œil, la blessure de la rétine, l'action trop intense et trop souvent répétée de la belladone sur l'œil, l'abus des narcotiques, l'apoplexie, les pertes sanguines et spermatiques fréquentes, le marasme.

Cette espèce d'amaurose se caractérise par les symptômes suivans : un voile noir couvre les objets et les fait paraître d'une couleur plus foncée que celle qu'ils ont effectivement; les mouches volantes sont également noires; le malade voit mieux lorsque la clarté est très-forte et que des influences stimulantes agissent sur lui; peu à peu la pupille se dilate, l'iris devient immobile, les mouvemens du globe de l'œil et des paupières perdent de leur vivacité, et lorsque l'amaurose est complète, l'œil est presque immobile. Les vaisseaux sanguins de la conjonctive ne sont point injectés dans l'amaurose paralytique.

Les trois espèces d'amaurose qui viennent d'être décrites ne présentent pas toujours des caractères bien tranchés, et quelquefois il est difficile de dire à laquelle des trois appartient le cas qu'on a devant les yeux. Ces cas sont fâcheux, parce qu'ils laissent le médecin sans guide pour le traitement.

L'amaurose peut être confondue, surtout à son début, avec la cataracte commençante et la cataracte noire; nous avons indiqué à l'article *cataracte*, les signes différentiels de ces deux maladies. L'amaurose se distingue du glaucome par l'obscurcissement verdâtre du corps vitré, qui est propre à la dernière de ces maladies. Les autres affections de l'œil ne peuvent être facilement confondues avec la goutte sereine.

Le pronostic de cette maladie est toujours très-grave. L'amaurose est une des maladies les plus rebelles; aussi long-temps qu'elle est incomplète, on est déjà assez heureux lorsqu'on parvient à en arrêter la marche; lorsqu'elle est complète, on peut la considérer comme incurable. Celles qui offrent encore le plus de chances de guérison, sont les amauroses par irritation nerveuse, occasionées par des accès d'hystérie ou d'épilepsie, les vers intestinaux, la grossesse; l'affection de l'œil disparaît alors quelquefois avec la cause qui lui a donné naissance. Les amauroses par congestion offrent déjà moins de chances de guérison. L'amaurose goutteuse et les amauroses paralytiques sont les plus fâcheuses.

Le traitement de l'amaurose présente deux indications principales : combattre la cause de l'affection de l'œil et remédier à cette affection elle-même. Je ne m'arrêterai point à la première de ces indications; chaque médecin doit savoir la remplir; il

combattra l'apoplexie, la goutte, le rhumatisme, lorsque ces maladies auront occasioné l'amaurose; il fera reparaître les exanthèmes dans les cas où la suppression de ceux-ci aura été la cause de l'affection de l'œil; lorsque celle-ci sera due à l'abus des narcotiques ou des amers, il fera discontinuer aussitôt l'usage de ces moyens et employer les acides; l'amaurose reconnaît-elle pour cause des constipations opiniâtres, ce qu'on voit surtout chez les hypochondriaques, l'usage des laxatifs légers conviendra parfaitement; une cicatrice au front occasionne-t-elle le tiraillement du nerf frontal et par suite l'amaurose, le meilleur moyen consiste à inciser la cicatrice assez profondément pour couper le nerf, et à tâcher ensuite d'obtenir une cicatrice plus large; et ainsi de suite pour les autres causes de l'amaurose. Mais le plus souvent il ne suffit pas de combattre ces causes, que fréquemment nous ne découvrons pas même; nous sommes alors obligés de diriger nos moyens contre l'amaurose elle-même, en nous laissant guider dans le choix de la médication par le caractère de l'affection.

L'amaurose par congestion doit être combattue, suivant que l'afflux de sang est plus ou moins considérable, par les saignées générales et locales, les applications froides à l'œil et à la tête, les sinapismes et les pédiluves sinapisés, les sels neutres à l'intérieur, la diète et les boissons aqueuses. Après avoir

diminué la congestion par ces moyens, on retire beaucoup d'avantage de l'emploi du tartre stibié en lavage, conjointement avec les sels neutres.

L'amaurose par éréthisme nerveux exige surtout que le malade soit mis dans des circonstances propres à améliorer son état nerveux général; l'air de la campagne, la vue sur une prairie, les promenades peu fatigantes, les bains simples ou ferrugineux, l'abstinence de tout aliment indigeste, de toute boisson échauffante, la tranquillité d'ame, sont ce qui lui convient le mieux, et contribuent souvent bien plus à son rétablissement que les moyens médicamenteux. Parmi ces derniers l'eau de laurier-cerise, employée seule à l'intérieur ou conjointement avec les sels neutres, présente encore les résultats les plus favorables. La belladone, la pulsatille et l'aconit, tant préconisés, réussissent rarement. Les toniques sont quelquefois indiqués par l'état général du corps. A l'extérieur on emploie les révulsifs peu douloureux et peu irritans, les pédiluves, les sinapismes, l'onguent et l'emplâtre stibiés. Sur l'œil même on fait plusieurs fois par jour des fomentations froides; toute autre application serait nuisible.

L'amaurose paralytique doit être traitée à l'intérieur par les toniques et les excitans, principalement la valériane, l'arnica, les ferrugineux, aidés d'un régime nourrissant. A l'extérieur on emploie

les révulsifs les plus énergiques, les vésicatoires volans, la cautérisation syncipitale avec la pommade ammoniacale, le séton à la nuque, les cautères au bras, à l'apophyse mastoïde, sur le sommet de la tête; les moxas au front. Sur l'œil même on n'applique rien lorsque l'amaurose provient d'un état de faiblesse générale; mais lorsque l'amaurose dépend d'un affaiblissement, d'une paralysie de la rétine ou du nerf optique seuls, on emploie quelquefois avec succès l'électricité et le galvanisme, la cautérisation du bord de la cornée[1], la strychnine en frictions, ou mieux encore par la méthode endermique dans la région surcilière ou temporale[2]; les frictions spiritueuses dans cette région, les vapeurs spiritueuses ou ammoniacales dirigées sur l'œil, les onguens de précipité rouge ou blanc, ou de sublimé corrosif, introduits entre les paupières. Dans ces cas le malade devra être exposé aussi à l'action vivifiante de la lumière.

Les règles que nous venons d'indiquer pour le traitement de l'amaurose, suffiront pour classer cette foule de remèdes qu'on a tour à tour vantés et abandonnés de nouveau; elles serviront aussi de

---

1 Serres, De la cautérisation de la cornée transparente, etc. (Revue médicale franç. et étrang., 1830, tom. III, pag. 161.)

2 Short, *On the treatment of amaurosis by strychnine.* (*The Edinburgh medical and surgical journal, October* 1830. — *The Lancet*, 1830 — 1831, vol. 1, pag. 90.)

guide au médecin dans les cas complexes, où il est quelquefois si difficile de combiner un traitement approprié. Ajoutons que, dans les cas assez nombreux où il n'existe aucune indication précise, M. Dupuytren emploie à l'Hôtel-Dieu un traitement qui consiste dans une saignée suivie d'un émétique, puis d'un purgatif drastique : ensuite on passe un séton à la nuque, et aussitôt que la suppuration est bien établie, on commence l'application de vésicatoires volans sur le front, les tempes, la région mastoïdienne. Chaque vésicatoire n'est maintenu en suppuration que pendant trois jours ; puis on en applique un autre à côté du premier, et ainsi de suite : quelquefois on a porté le nombre de ces vésicatoires jusqu'à vingt, trente et même soixante. Au moyen de ce traitement on a réussi quelquefois à guérir l'amaurose ; néanmoins, avouons-le, nos ressources médicales sont encore bien insuffisantes contre cette terrible maladie, qui, dans le plus grand nombre des cas, prive l'homme de son bien le plus précieux, et le rend à charge à lui-même et à la société.

Trnka de Krzowitz, *Historia amauroseos, etc. Vindob.*, 1781.

Hoareau, Dissertation sur l'amaurose. Paris, 1802.

D. H. Kieser, *Ueber die Natur, Ursachen, Kennzeichen und Heilung des schwarzen Staares. Gœtt.*, 1811.

J. Ware, *Observations on the cataract and gutta serena*, 3.e édit. Londres, 1812.

J. Th. Fabini, *Diss. de amaurosi. Viennæ*, 1816.

Guillié, Nouvelles recherches sur la cataracte et la goutte sereine, 2.e édit. Paris, 1818.

J. Stevenson, *A practical treatise on gutta serena. London*, 1821.

Rognetta, Recherches sur les causes et le siége de l'amaurose. (Revue médicale franç. et étrang., 1832, tom. IV, pag. 371.)

6.° *Héméralopie* (*vue diurne, cécité nocturne, amblyopie crépusculaire,* dysopia tenebrarum) *et nyctalopie* (*vue nocturne, cécité diurne,* amblyopia meridiana, dysopia luminis).

Il y a des auteurs qui ont appelé héméralopie la privation de la vue pendant le jour, et nyctalopie celle pendant la nuit; mais communément on entend par héméralopie la vue diurne, ou la privation de la vue pendant la nuit, et par nyctalopie l'état opposé.

L'*héméralopie* est une maladie qui se développe sans cause connue, mais affecte le plus souvent des individus exposés au froid et à l'humidité; elle est endémique dans quelques contrées, et a régné épidémiquement en différens endroits, entre autres à Strasbourg, en 1787 et en 1832.

Il existe deux variétés d'héméralopie. Dans l'une les malades jouissent de la vue pendant toute la

journée, que l'endroit où ils se trouvent soit fortement ou faiblement éclairé, et ils deviennent aveugles subitement ou peu à peu aussitôt que le soleil se couche, et quand même ils se trouveraient dans un appartement bien éclairé; au soleil levant la vue revient à ces malades. D'autres, au contraire, jouissent de la vue non-seulement au grand jour, mais aussi la nuit lorsque l'appartement est bien éclairé; mais ils sont aveugles le soir et dans un endroit peu éclairé. Cette dernière variété de l'héméralopie n'est qu'une faiblesse de la vue, un premier degré de l'amaurose, et ne doit pas nous occuper ici.

Les yeux des héméralopes ne présentent rien d'anormal, sinon une légère dilatation de la pupille et une certaine lenteur dans les mouvemens de l'iris. Il est rare que les malades se plaignent de pression dans l'œil et de céphalalgie.

Abandonnée à elle-même, l'héméralopie se dissipe ordinairement au bout de quelques semaines ou de quelques mois; traitée convenablement, elle cède quelquefois dans l'espace de peu de jours.

Le caractère périodique de la maladie, l'ayant fait considérer comme une amaurose intermittente, a dû porter les médecins à la combattre par le quinquina et ses préparations; mais ces moyens n'ont pas eu le succès qu'on en attendait, et jusqu'à présent on a le mieux réussi par les éméto-cathartiques administrés

de deux jours l'un jusqu'à la disparition de la maladie : on applique en même temps des vésicatoires à la nuque ou derrière les oreilles, et on entretient une légère diaphorèse par des boissons sudorifiques. Si la maladie résistait à ces moyens, on emploierait la valériane à l'intérieur, et l'on dirigerait sur l'œil des vapeurs du foie de bœuf cuit dans l'eau, du café, de l'ambre, du storax, remèdes qui ont été recommandés par différens auteurs.

La *nyctalopie* présente également deux variétés, dont l'une n'est que le symptôme d'une sensibilité exaltée de la rétine, d'une cataracte ou d'une taie centrale de la cornée; maladies qui empêchent la vue d'être aussi distincte le jour que la nuit, soit à cause de l'impression douloureuse que cause la clarté, soit à cause du rétrécissement de la pupille, qui a lieu sous l'influence de la lumière. Dans cette nyctalopie symptomatique les malades sont également aveugles la nuit lorsqu'ils se trouvent dans une chambre fortement éclairée, tandis qu'ils jouissent de la vue durant la journée, s'ils se tiennent dans un endroit suffisamment obscurci. Je ne m'arrêterai pas plus long-temps à cet état symptomatique, dont le traitement varie naturellement suivant qu'il est occasioné par telle ou telle maladie.

La nyctalopie proprement dite ou essentielle est une maladie très-rare, qui est caractérisée par l'impossibilité dans laquelle se trouvent les malades de

se servir de leurs yeux pendant la journée, même dans un endroit obscur, à cause des douleurs et du larmoiement qui en résultent; tandis qu'ils distinguent très-bien les objets le soir et la nuit, même à une lumière artificielle très-forte.

Le traitement de la nyctalopie est le même que celui de l'héméralopie.

Simpson, *Observations on hemeralopia or nocturnal blindness. Glasgow*, 1819.

H. C. E. Richter, *Diss. inaug. med. exhibens tres hemeralopiæ s. cæcitatis nocturnæ congenitæ casus, additis quibusdam adnotationibus hunc morbum in universum spectantibus Jen.*, 1828. (Radius, *Script. ophth. min.*, v. 3, pag. 173.)

Capon, Dissertation sur la nyctalopie. Paris, 1803.

Ephem. natur. curios., dec. III, a. 5, 6, *obs.* 56.

7.° *Hémiopie* (visus dimidiatus, visus partialis, visus interruptus).

Il arrive dans des cas assez rares que des individus ne peuvent voir que la moitié des objets qu'ils fixent, soit la moitié supérieure ou inférieure, soit une moitié latérale : on en a même vu qui ne distinguaient que la partie centrale des objets, et d'autres qui n'en distinguaient que la périphérie. Ces deux dernières variétés ont été nommées *hémiopie centrale* et *hémiopie périphérique.*

L'hémiopie se manifeste ordinairement sur un seul

œil, et paraît provenir d'une paralysie partielle de la rétine, dont on a cherché à se rendre compte par la semi-décussation des nerfs optiques[1]; aussi survient-elle le plus souvent à la suite de coups portés sur l'œil, ou de commotions de cet organe. Quelques auteurs prétendent qu'elle peut aussi être due à des obscurcissemens partiels des milieux transparens : on l'a également observée dans l'hystérie et d'autres maladies spasmodiques, ainsi que dans plusieurs cas d'altérations organiques du cerveau. L'hémiopie n'étant qu'un symptôme, on dirige le traitement contre les maladies qui lui ont donné naissance.

8.° *Diplopie* (*vue double*).

L'anomalie de la vision, qui fait qu'on voit doubles les objets qu'on regarde, a été appelée diplopie. Elle dépend le plus souvent d'un défaut de parallélisme entre les deux yeux, du strabisme, et n'existe alors que lorsque le malade se sert des deux yeux, mais disparaît dès qu'il en ferme un (voyez l'article *Strabisme*). Quelquefois la diplopie tient à une déformation de la cornée, à des facettes de cette membrane; lorsque ces causes n'existent point, et que

---

1 Pravaz, Considérations sur quelques anomalies de la vision. (Archives gén. de méd., 1825, tom. VIII, pag. 59). — *Ejusd.* Histoire d'un cas d'hémiopie, suivie de quelques réflexions. (*Ibid.*, tom. IX, pag. 485.)

le malade voit double, lors même qu'il ferme un œil, la diplopie provient d'une lésion de la rétine ou du nerf optique; d'une paralysie du centre de la rétine, suivant M. Pravaz[1]. C'est d'une lésion analogue que dépend probablement aussi la *vue triple*, dont on a observé quelques cas. La maladie décrite par M. Reed[2] sous le nom de *Monoclepsis*, et qui consistait dans le trouble de la vue lorsque le malade se servait des deux yeux, tandis qu'en fermant un œil la vue était bonne, se rapproche de la première espèce de diplopie.

Le traitement de la vue double varie suivant ses causes; lorsque celles-ci sont cachées, le caractère congestif ou nerveux de la maladie guide le médecin comme dans l'amaurose (voyez cet article).

J. J. Klauhold, *De visu duplicato. Argent.* 1746. (Alb. Haller, *Disputationes ad morborum historiam et curationem, etc.*, tom. I.er)

9.° *Berlue* (visio phantasmatum).

On entend par ce nom un trouble de la vision, qui consiste dans la vue d'objets imaginaires ou d'objets que, du moins, le malade seul aperçoit. Cette affection présente plusieurs variétés, qui ont reçu des noms différens.

---

1 Archives gén. de médecine, 1825, tom. VIII, pag. 59.

2 *The Lancet*, 1831 — 1832, vol. 1, pag. 167.

a. La plus fréquente de ces variétés est celle qui a été appelée *mouches volantes*, *myodésopsie*, *filamens* ou *nuages voltigeans*, *imaginations perpétuelles*, *scotomata*, *scotosis*, *visus reticulosus.* Les individus affectés de ce trouble de la vision croient avoir devant les yeux, soit continuellement, soit par intervalles, des filamens, un réseau, des nuages, des insectes, des taches de différentes formes, qui troublent plus ou moins l'intégrité de la vue, et se font surtout remarquer lorsque le regard est dirigé vers une surface blanche.

Il ne faut pas confondre avec cette variété de la berlue les taches et les filamens que voient les malades affectés d'obscurcissemens partiels de la cornée ou du crystallin, ou chez lesquels le mucus, sécrété en trop grande abondance par les glandes de Meibomius, est étendu sur la surface antérieure de l'œil par les mouvemens des paupières.

La cause prochaine des mouches volantes a été cherchée tantôt dans une congestion sanguine de la rétine, tantôt dans une névrose de cet organe ou du nerf optique, tantôt dans la présence de particules concrétées dans l'humeur de Morgagni ou dans l'humeur aqueuse; enfin, les recherches récentes du professeur NORDMANN d'Odessa[1], qui prouvent que des entozoaires infusoires existent

---

1 *Mikrographische Beiträge zur Naturgeschichte der wirbellosen Thiere. Berlin*, 1832.

quelquefois dans les humeurs de l'œil, pourraient donner lieu à une nouvelle explication des mouches volantes. Il est probable que chacune de ces opinions est vraie dans certains cas, et il serait à désirer que nous eussions des signes certains pour reconnaître dans chaque cas la nature de la maladie. Cette distinction serait très-importante par rapport au pronostic et au traitement de la maladie; car s'il est vrai que très-souvent les mouches volantes sont les précurseurs de l'amaurose, il est constaté aussi que, dans la très-grande majorité des cas, les mouches volantes restent au même degré pendant toute la vie, et que les malades s'y habituent même au point de ne plus y faire attention.

Une distinction qui, sans être absolument rigoureuse, présente cependant quelque utilité, est celle des filamens en fixes et en mobiles. Les premiers, qui ne changent jamais de place par rapport au globe de l'œil, et restent immobiles aussitôt que l'œil cesse de se mouvoir, paraissent provenir le plus souvent d'une congestion dans les vaisseaux de la rétine, ou d'une altération partielle de cette membrane, et sont fréquemment le symptôme précurseur de l'amaurose. Ceux par contre qui voltigent, changent de place, lors même que l'œil est immobile, peuvent plutôt être attribués à une névrose de l'œil, d'autant plus qu'on les observe très-fréquemment chez les hypochondriaques et les hystériques.

Le pronostic des mouches volantes est beaucoup moins grave qu'on ne le croit généralement. Les malades sont toujours fort effrayés, parce qu'ils savent que l'amaurose commence habituellement par ce symptôme. Nous avons vu que, dans le plus grand nombre des cas, ces mouches volantes n'augmentent pas; que même le malade s'y habitue au point de ne plus y faire attention.

Le traitement des mouches volantes varie suivant leur nature. Celles qui dépendent d'une congestion ou d'une altération organique de la rétine, et qui précèdent l'amaurose, sont à traiter d'après les préceptes énoncés à l'article *Amaurose.* Celles qui se manifestent chez les personnes nerveuses, hystériques, disparaissent ordinairement par l'effet d'un régime bien entendu, du séjour à la campagne, des médicamens autispasmodiques. Les mouches volantes qu'on observe si souvent chez les individus sujets aux constipations, sont quelquefois très-opiniâtres, mais diminuent du moins ordinairement par l'usage de légers laxatifs et d'un régime bien ordonné.

Lorsque la cause des mouches volantes est complétement cachée, et qu'elles ne sont accompagnées d'aucun autre symptôme, elles résistent à tous les moyens médicamenteux; le médecin se bornera alors à tranquilliser le malade, et à lui conseiller de se distraire et de ne pas trop fatiguer ses yeux.

b. Une *seconde variété* de la berlue consiste dans

la vue d'étincelles, de feux, d'éclairs, et a été appelée *photopsie*, *pyropsie*, *vue pyroptique*. Elle est toujours symptomatique, soit d'une ophthalmie, soit de l'amaurose, soit d'une contusion ou commotion de l'œil, soit d'une pression de cet organe.

c. Une affection qui a de l'analogie avec la précédente, et qui a reçu le nom de *chrupsie*, *chromopsia*, se caractérise par la vue d'une ou de plusieurs couleurs, quelquefois de toutes les couleurs de l'arc-en-ciel, que le malade a constamment devant les yeux, que ceux-ci soient ouverts ou fermés. Souvent alors tous les objets qu'il regarde, lui paraissent être autrement colorés qu'ils ne le sont en effet; c'est un symptôme très-inquiétant pour le malade, qui provient d'une contusion ou pression de l'œil, d'une cataracte commençante, ou se manifeste dans l'amaurose, surtout dans celle qui survient à la suite de l'opération de la cataracte.

d. Quelquefois, dans la cataracte et l'amaurose commençantes, les malades voient tous les objets autrement qu'ils ne sont, défigurés, difformes; c'est ce qu'on a nommé *métamorphopsie*.

Tous ces troubles symptomatiques de la vue n'exigent d'autre traitement que celui dirigé contre l'affection principale.

G. Scheid, *De quibusdam visus vitiis. Argent.*, 1720.
Andreæ, *Ueber das Flockensehn.* (Græfe *u.* Walther's *Journal*, *Bd.* 8, *H.* 1 *u.* 3).

10.° *Oxyopie* (galeropia).

On a donné ce nom à l'exaltation de la sensibilité de la rétine, qui fait que tous les objets paraissent beaucoup plus distincts, et que le malade peut même les reconnaître à une faible clarté, tandis qu'une lumière un peu vive lui cause des douleurs. L'oxyopie se manifeste quelquefois dans l'amaurose commençante, d'autres fois on l'observe chez des individus qui sont restés long-temps dans des endroits obscurs, des cachots, par exemple : dans le premier cas le traitement de cette affection consiste à combattre l'amaurose (voyez cet article); dans le second, les yeux doivent être habitués peu à peu à supporter l'impression de la lumière.

11.° *Photophobie.*

Nous avons déjà dit au commencement de cet ouvrage, qu'on appelle photophobie, la difficulté de supporter l'impression de la lumière. Cette affection est rarement idiopathique; le plus souvent elle accompagne les inflammations de l'œil : elle est surtout très-prononcée dans l'ophthalmie scrophuleuse; aussi est-ce en parlant de cette dernière maladie, que nous avons indiqué les moyens par lesquels on combat la photophobie et le spasme des paupières que celle-ci occasionne toujours (voy. pag. 205).

12.° *Achromatopsie* (chromatopseudopsia, chromatometablepsia, chromatodysopsia).

Cette anomalie de la vision consiste dans l'impossibilité de distinguer certaines couleurs. Lorsqu'elle est idiopathique, cette affection est toujours congéniale ; plus tard elle ne se manifeste jamais que comme symptôme de la cataracte et de l'amaurose commençantes et du glaucome.

On a vu quelques cas où cette achromatopsie était complète, et où le malade ne pouvait distinguer aucune couleur, tous les objets lui paraissant grisâtres. Ordinairement l'affection se borne à quelques couleurs que les malades ne peuvent reconnaître; par exemple, ils ne peuvent distinguer les différentes nuances de rouge, anomalie qui a été appelée *anerythroblepsia;* le plus souvent cependant c'est la couleur bleue que les malades confondent avec le vert : cette dernière variété a reçu le nom d'*akyanoblepsia*. Lorsque cette affection est idiopathique, elle est incurable; lorsqu'elle est symptomatique, le traitement doit être dirigé contre la maladie qui lui donne naissance.

13.° *Myopie* (dysphobia, *vue basse*) *et presbytie* (*presbyopie*).

La myopie est un défaut de la vue, qui fait que

l'individu qui en est affecté ne peut pas distinguer clairement les objets un peu petits, éloignés de ses yeux de plus d'un pied à un pied et demi. La presbytie est le défaut contraire; l'impossibilité de reconnaître les objets rapprochés des yeux de plus d'un pied et demi à un pied. Dans les deux cas la vue est fort bonne en-deçà et au-delà de la distance indiquée.

La cause prochaine de ces deux défauts réside peut-être quelquefois dans une altération particulière de la rétine; mais le plus souvent elle consiste dans une conformation vicieuse du globe de l'œil. Lorsque les milieux transparens de l'œil sont trop denses ou ont des surfaces trop convexes, l'individu est myope; la réfraction des rayons lumineux se fait trop fortement, et le sommet du cône que forment ces rayons dans l'intérieur de l'œil, au lieu d'atteindre la rétine, tombe en-deçà de cette membrane; les rayons dispersés de nouveau vont frapper isolément la rétine, et occasionnent ainsi le trouble de la vue. Aussi l'individu, pour bien voir un objet, le rapproche-t-il de ses yeux ou le regarde-t-il à travers un verre concave; dans les deux cas il rend plus divergens les rayons lumineux qui viennent frapper son œil, ce qui les empêche, dans l'intérieur de l'œil, de se rassembler trop tôt, et fait par conséquent tomber sur la rétine le sommet du cône qu'ils forment; condition essentielle pour la netteté

de la vue. Les mêmes principes d'optique, dont nous supposons la connaissance, expliquent aussi la presbytie lorsque les milieux transparens sont trop peu denses, ou que les plans qui les limitent sont trop aplatis. Le sommet du cône lumineux tomberait alors derrière la rétine, si on ne facilitait aux parties transparentes la réfraction des rayons lumineux, en éloignant les objets ou en plaçant entre eux et l'œil un verre convexe.

La myopie est ordinairement un vice congénial, surtout fréquent sur les personnes qui ont les yeux saillans : on l'observe plus souvent sur les jeunes gens que sur les individus d'un âge mûr et les vieillards, parce qu'à mesure que l'homme avance en âge, les humeurs de l'œil diminuent, et l'organe s'aplatit au point que la myopie peut se perdre complétement. Ce vice est aussi occasioné quelquefois par l'habitude de regarder de petits objets de très-près, ou à travers des verres concaves; c'est ainsi que, durant les guerres de Napoléon, beaucoup de jeunes gens se rendaient myopes en s'habituant à porter des lunettes très-fortes, afin de se soustraire au service militaire. Enfin, la myopie est quelquefois due aussi à l'hydrophthalmie, maladie qui alonge le diamètre antéro-postérieur de l'œil. Les yeux myopes ont souvent la cornée très-convexe, d'autres fois cette membrane paraît dans l'état normal; la pupille est ordinairement dilatée.

La presbytie est rare chez les jeunes gens : on l'observe surtout chez les vieillards par suite de la diminution des humeurs de l'œil et de l'aplatissement de cet organe, qui ont lieu dans un âge avancé. Les individus opérés de la cataracte deviennent également presbytes, ce qui se conçoit aisément quand on songe qu'après cette opération les rayons lumineux ne passent plus à travers le crystallin, corps convexe et dense qui augmentait de beaucoup la réfraction.

La myopie et la presbytie sont des défauts incurables; la première cependant diminue souvent par les progrès de l'âge. Mais si la médecine est impuissante contre ces maux, la physique du moins indique le moyen de les rendre peu gênans; c'est elle qui enseigne aux myopes de regarder les objets à travers des verres concaves, et aux presbytes de se servir de verres convexes, pour bien distinguer les objets.

Le médecin oculiste est si souvent consulté sur les *verres* dont les myopes et les presbytes doivent se servir, que quelques considérations sur ce sujet ne paraîtront pas superflues.

Pour rendre la vue plus nette, les verres sont employés sous différentes formes, qui portent les noms de lorgnette, lorgnon, loupe, lunettes, etc. Les myopes et les presbytes se servent surtout de *lunettes ;* c'est la forme la plus commode et la plus

avantageuse, puisque par elle les verres sont fixés à la tête, dont ils suivent les mouvemens, et que chaque œil, ayant son verre, est également exercé.

Les verres ordinaires sont faits de crown-glass; ceux en flint-glass sont plus chers, mais préférables, parce que le flint-glass est plus pur et n'a pas la teinte verte du crown-glass; enfin, les plus beaux sont en cristal de roche du Brésil, mais reviennent très-chers.

Les verres à lunettes sont ou plans, ou convexes, ou concaves. Les *verres plans* ne peuvent rendre la vue plus distincte; ils servent seulement à garantir les yeux de la poussière et de l'impression trop vive de la lumière : dans ce dernier but on les colore diversement. Les verres bleus ou azurés méritent la préférence sur les verts, qui souvent, quand on s'en est servi pendant quelques heures, font paraître jaunes et rouges tous les objets. Les *verres convexes* peuvent l'être sur les deux faces, et sont alors appelés *biconvexes*, *lenticulaires;* ou ne le sont que sur une face, l'autre étant plane, ce qui constitue les verres *plan-convexes;* ou enfin une face peut être convexe, et l'autre concave, de manière cependant que la concavité soit moins forte que la convexité; le verre est alors *concave-convexe.* Les premiers sont les plus forts; les derniers sont les plus faibles, mais présentent l'avantage d'avoir plusieurs foyers, et de permettre par consé-

quent à la personne qui s'en sert de diriger ses regards de côté sans tourner la tête, ce qu'elle ne peut faire en se servant des autres verres, qui n'ont qu'un foyer. Ce que je viens de dire des verres convexes s'applique également aux *verres concaves*, qui sont aussi *biconcaves*, *plan-concaves* ou *convexes-concaves*. Les verres concaves-convexes et convexes-concaves ont été appelés *périscopiques*. On a nommé *conserves* les verres faiblement convexes ou faiblement concaves; on devrait cependant réserver ce nom aux *verres plans*, destinés à garantir l'œil de la poussière ou de l'impression vive de la lumière.

Tous ces verres peuvent être diversement colorés pour les yeux irritables.

Sur chaque verre convexe ou concave il y a ordinairement un chiffre qui, suivant l'opinion presque générale, indique en pouces le foyer du verre; tandis que, suivant M. Jüngken [1], il indique la longueur en pouces du rayon de courbure, ou, en d'autres mots, d'un rayon de la sphère dont le verre représente un segment. Les numéros les plus rapprochés de l'unité sont nécessairement les plus forts.

En choisissant des verres, on fait bien de les essayer à chaque œil, pour voir si la force des deux yeux est la même. Si celle-ci était différente aux

---

1 Rust, *Theoret. prakt. Handbuch der Chirurgie. Berlin und Wien*, 1830, tom. II, pag. 522, art. *Augengläser*.

deux organes, il faudrait aussi se servir de verres à numéros différens. Si, au moyen du verre, l'œil voit distinctement et sans se fatiguer, on peut s'en servir sans inconvénient; tandis que, lorsque le verre fatigue l'œil, il augmente la myopie ou la presbytie, et peut même occasioner une amblyopie.

SECTION IV.

VICES DE CONFORMATION DE L'ŒIL.

Le but de cet ouvrage étant essentiellement pratique, il ne peut entrer dans mon plan de m'étendre longuement sur les vices de conformation de l'œil; je ne ferai, pour ainsi dire, que les indiquer, en renvoyant pour de plus amples détails aux ouvrages sur les monstruosités, sur l'anatomie pathologique de l'œil, et aux traités généraux d'anatomie pathologique.

Les vices de conformation intéressent ordinairement l'iris ou le globe de l'œil en entier. Je ne parlerai pas ici de l'*imperforation de l'iris*, due à la persistance de la membrane pupillaire; il en a été question à l'article de l'occlusion de la pupille (pag. 281, 282 et 289).

1.° *Albinisme* (*leucœthiopie*).

Cette décoloration générale du corps n'intéresse l'ophthalmologie qu'à cause de la participation des

yeux à cette affection. Les *albinos* ou *leucœthiopes* ont les pupilles rouges et les iris d'un rose pâle, comme les lapins blancs; ce qui provient du manque de *pigmentum* à l'iris et à la choroïde. Il résulte de ce vice de conformation une grande faiblesse de la vue et une extrême sensibilité des yeux à la lumière; aussi les albinos sont-ils obligés d'abriter leurs yeux lorsque la clarté est forte.

2.° *Division congéniale de l'iris* (iridoschisma).

On a observé quelquefois une division congéniale de l'iris, qui est analogue au bec-de-lièvre, et que le professeur WALTHER[1] a nommée *Coloboma iridis*. Elle se trouve ordinairement à la partie inférieure de l'iris, et peut s'étendre depuis le bord pupillaire jusqu'au ligament ciliaire, ou s'arrêter avant d'être parvenue à ce dernier; quelquefois la division s'étend aussi à la choroïde et à la rétine. Les bords de la division sont plus ou moins éloignés l'un de l'autre, et l'on a même vu manquer des portions considérables de l'iris.

AMMON, *Ueber die angebornen Spaltungen in der Iris, etc.* (AMMON's *Zeitschrift*, tom. I.er, pag. 55.)
J. MÜLLER, *Ueber das Coloboma iridis, etc.* (*Ib.*, p. 230.)

---

1 GRÆFE *und* WALTHER's *Journal*, tom. II, pag. 601.

3.° *Absence de l'iris* (*mydriase complète, mydriase congéniale,* irideremia).

Elle a été observée un certain nombre de fois. La pupille est alors aussi étendue que la cornée, et l'on aperçoit quelquefois les procès ciliaires. Cette conformation anormale occasionne une sensibilité trop grande à la lumière, qui nécessite de la part des malades l'usage de lunettes vertes ou d'un garde-vue.

V. Stœber, Observations d'une absence complète de l'iris. (Archives gén. de méd., 1831, tom. XXV, pag. 405.)
K. Behr, *Ueber den angebornen, theilweisen und gänzlichen Mangel der Regenbogenhaut.* (Hecker's *litterarische Annalen*, 1829, tom. XIII, pag. 373.)

4.° *Microphthalmie et mégalophthalmie.*

Lorsque l'arrêt de développement, au lieu de se borner à l'iris, s'étend à toutes les parties du globe de l'œil, cet organe reste trop petit; c'est ce qui constitue la *microphthalmie* ou *atrophie congéniale du globe de l'œil*, qui est quelquefois compliquée de coloboma ou d'absence de l'iris, mais ne consiste souvent aussi que dans la petitesse du globe de l'œil, toutes les parties pouvant être distinguées. On a vu des individus qui, avec ce vice de conformation, voyaient encore passablement; d'ordinaire cependant ceux affectés de microphthalmie sont aveugles.

Le vice opposé, l'hypertrophie congéniale du globe de l'œil, constitue la *mégalophthalmie.*

A. GESCHEIDT, *Ueber Microphthalmos, etc.* (AMMON'S *Zeitschrift*, tom. II, pag. 257.)

5.° *Cyclopie* (*monopsie, monophthalmie, rhinencéphalie*).

On a appelé de ce nom la réunion des deux yeux; monstruosité qui est toujours accompagnée de vices de conformation du cerveau.

Les cyclopes ont quelquefois les deux yeux, mais réunis dans une seule cavité orbitaire; d'autres fois les yeux sont partiellement confondus, mais présentent des parties doubles qui indiquent l'existence de deux yeux. Les cas où les parties sont tellement confondues qu'on ne trouve véritablement qu'un seul œil, et ceux où un seul œil existe à gauche ou à droite, tandis que l'autre manque, sont très-rares.

F. TIEDEMANN, *in* TIEDEMANN'S *u.* TREVIRANUS *Zeitschrift für Physiologie*, 1824, tom. I.er, pag. 56. (FÉRUSSAC, Bulletin des sciences médicales, Avril 1826, p. 299.)
E. J. RADDAZ, *De cyclopia, diss. inaug. Berol.*, 1829.
HUSCHKE, *in* MECKEL'S *Archiv*, tom. VI, pag. 1.

6.° *Absence des yeux* (*anopsie, anophthalmie*).

L'absence complète des yeux est excessivement rare; elle a cependant été observée plusieurs fois.

Tenon, Mémoires et observations sur l'anatomie, la pathologie et la chirurgie, etc. Paris, 1816, pag. 117.
B. W. Seiler, *Beobachtungen ursprünglicher Bildungsfehler und gänzlichen Mangels der Augen bei Menschen und Thieren. Dresden*, 1833, avec fig.

SECTION V.

LÉSIONS MÉCANIQUES DU GLOBE DE L'ŒIL.

1.° *Corps étrangers engagés dans l'œil.*

Il arrive très-souvent que des corps étrangers s'introduisent sous les paupières, se maintiennent entre celles-ci et le globe de l'œil, ou pénètrent plus ou moins profondément dans la substance de l'œil, et occasionnent toujours par leur présence une irritation des parties qu'ils touchent, irritation qui se change en inflammation si le séjour de ces corps se prolonge.

Les corps étrangers qui s'engagent le plus fréquemment dans l'œil, sont de la poussière, du tabac, des insectes, des cils, des fragmens de plumes à écrire, de paille, de bois, de pierre; des paillettes de fer, des portions de capsules d'armes à piston, des grains de plomb, de la chaux, des parcelles de pierre infernale, des acides concentrés, du beurre fondu. On a vu plusieurs fois aussi des yeux d'écrevisses introduits, suivant l'usage populaire, sous les paupières pour enlever un corps étranger, y rester et occasioner des accidens.

Parmi les corps que nous venons d'indiquer, les uns exercent sur l'œil une action chimique, caustique ; les autres n'agissent que mécaniquement. Occupons-nous d'abord de ces derniers.

Le plus souvent les corps étrangers ne pénètrent point dans la substance de l'œil, mais s'engagent seulement entre le globe de l'œil et les paupières, où ils se cachent quelquefois dans les replis de la conjonctive. D'autres fois ces corps se fixent dans la conjonctive ou la cornée, et plus rarement dans la sclérotique. Enfin, dans certains cas, on a vu des corps étrangers pénétrer dans l'intérieur de l'œil, tomber dans le fond de la chambre antérieure, ou se fixer dans l'iris ou le crystallin, ou même se soustraire complétement à la vue. J'ai eu l'occasion d'observer un garçon dans l'œil duquel un grain de plomb avait pénétré à travers la cornée et l'iris, et y était resté caché pendant plus d'une année; à la fin il s'est fait jour à travers la sclérotique pour se placer entre cette membrane et la conjonctive à la partie inférieure de l'œil.

Suivant l'irritabilité plus ou moins vive des individus, les corps étrangers provoquent une irritation et une inflammation plus ou moins intense dans les parties où ils siégent; quelquefois aussi, en pénétrant dans l'œil, ils produisent des dilacérations et des commotions de cet organe, qui peuvent avoir les suites les plus graves. L'inflammation est surtout

vive dans les parties qui entourent le corps étranger. Lorsque celui-ci est simplement engagé sous les paupières, il fera naître la rougeur et la tuméfaction de la conjonctive, du larmoiement, la contraction spasmodique des paupières, de la douleur. Lorsque le corps est fixé dans la conjonctive, la cornée, la sclérotique ou l'iris, il occasionnera l'inflammation de ces parties, d'où naîtra ou la suppuration, qui détachera le corps et le fera tomber sur la joue ou dans les chambres de l'œil, ou l'exsudation, qui enveloppera le corps, lui formera une espèce de kyste et le rendra par là moins irritant pour les parties environnantes, quelquefois au point que des corps étrangers ainsi enkystés restent long-temps en place sans occasioner d'accident. Lorsqu'un corps étranger a pénétré dans le crystallin, la cataracte s'ensuivra presque infailliblement; lorsque le corps étranger se trouve dans une des chambres de l'œil, la plaie qu'il a faite en pénétrant pourra se cicatriser, l'inflammation se dissiper, et le corps ne pas occasioner d'accident pendant un certain temps; mais dans le plus grand nombre des cas la présence du corps étranger fera naître une inflammation des parties qui l'environnent et même du globe entier, qui pourra amener la suppuration et la destruction partielle ou complète de l'organe.

Les substances qui irritent l'œil par leurs propriétés chimiques pénètrent rarement dans les tissus

mêmes de l'organe, mais portent surtout leur action sur la conjonctive et la cornée, qu'ils enflamment ou cautérisent suivant leur nature irritante ou caustique. L'inflammation, et surtout la cautérisation, peuvent donner lieu alors à la suppuration, à l'ulcération, à l'obscurcissement de la cornée, à des adhérences entre les deux paupières, ou entre celles-ci et le globe de l'œil (anchyloblépharon et symblépharon).

Le diagnostic des corps étrangers engagés dans l'œil est ordinairement facile; le malade a vu ou senti pénétrer le corps, il le sent encore, indique la place où il siége, et le médecin le découvre en examinant l'œil. Quelquefois cependant il est difficile de découvrir ce corps, surtout chez les enfans qui contractent spasmodiquement les paupières et renversent le globe de l'œil en haut et en dedans, de manière à cacher complétement la cornée. Quelquefois aussi le corps étranger est tellement petit, qu'il échappe facilement à la vue. Enfin, l'ophthalmie catarrhale peut présenter de l'analogie avec l'irritation produite par un corps étranger; cependant, dans ce dernier cas, l'œil fait des mouvemens spasmodiques qu'on n'observe pas dans l'ophthalmie catarrhale, et en renversant la paupière, on ne tarde pas à trouver la cause de l'irritation.

Le pronostic varie surtout suivant la partie qui a été lésée, suivant l'étendue de la lésion, suivant qu'elle

a été accompagnée de contusion ou de commotion de l'œil, etc.

Dans le traitement nous avons deux indications à remplir : éloigner le corps étranger et combattre les accidens que sa présence a fait naître. Les corps étrangers qui n'ont pas pénétré dans l'œil même, et se trouvent seulement à la surface de la conjonctive, sont d'ordinaire assez faciles à enlever. Lorsqu'ils sont très-petits, pulvérulens, la sécrétion lacrymale suffit quelquefois pour les porter dans l'angle interne de l'œil, d'où ils tombent sur la joue ou sont enlevés sans peine : on favorise ce résultat en tenant les yeux fermés pendant quelques instans, en frottant légèrement les paupières dans la direction du grand angle, en comprimant le sac lacrymal, en baignant l'œil. Si on ne réussit point par ces moyens, on fait des injections sous les paupières, ou bien on trempe un pinceau dans un liquide mucilagineux, une solution de gomme ou même dans de l'eau, et on l'introduit sous les paupières pour enlever les parties pulvérulentes qui s'y trouvent. Si c'étaient des paillettes de fer qui se fussent engagées sous la paupière, on pourrait tenter de les attirer au dehors au moyen d'un aimant. Lorsque les corps étrangers sont plus volumineux, on les enlève avec une pince, une curette de Daviel ou, ce qu'on a plus souvent sous la main, un cure-dent. Ces instrumens suffisent également lorsque le corps est légèrement fixé dans

la conjonctive ou la cornée; mais dans les cas où ce corps a pénétré profondément dans la sclérotique ou la cornée, on est obligé d'avoir recours à une aiguille à cataracte pour le dégager; cet instrument est surtout nécessaire lorsque le corps étranger a pénétré au-dessous de la conjonctive : on incise alors cette membrane avec l'aiguille avant de faire l'extraction du corps étranger; on peut aussi saisir celui-ci, et la conjonctive qui le recouvre, avec des pinces, et exciser le tout au moyen de ciseaux courbes sur leur plat. Lorsqu'on enlève une paillette de fer fixée dans la cornée, on doit avoir soin d'enlever aussi avec l'aiguille à cataracte la rouille qui quelquefois s'est incrustée dans la cornée et donnerait lieu à une tache indélébile si on la laissait séjourner pendant quelque temps.

Les corps étrangers qui ont pénétré dans la chambre antérieure, en sont retirés soit à travers la plaie par laquelle ils ont pénétré, si toutefois elle est assez étendue ou peut être élargie sans inconvénient, soit à travers une ouverture qu'on fait à la partie inférieure de la cornée avec le couteau à cataracte.

Lorsqu'un corps étranger a pénétré dans l'iris et irrite cètte membrane, le cas est très-grave; on est obligé de faire l'extraction de ce corps soit, lorsqu'il est peu enfoncé, en le saisissant avec la pince et en le retirant, soit, lorsqu'il est profondément engagé, en le saisissant avec la pince et en excisant

avec les ciseaux la partie de l'iris dans laquelle le corps étranger est fixé; on introduit les instrumens dans l'intérieur de l'œil par la plaie faite par le corps étranger ou par une incision pratiquée à la cornée. Les corps qui ont pénétré dans l'œil, mais sont soustraits à nos regards, doivent être abandonnés à eux-mêmes; leur recherche, au moyen de sondes, léserait l'organe trop profondément pour pouvoir être conseillée.

Enfin, les corps qui irritent l'œil chimiquement, tels que le tabac, les cendres, la chaux, la pierre infernale, ne peuvent être mieux enlevés qu'au moyen d'un pinceau trempé dans du lait, de l'eau de gomme ou tout autre liquide mucilagineux.

Après l'extraction des corps étrangers, on fait des applications d'eau froide ou d'eau de Goulard, et si l'inflammation est très-vive, on la combat par la saignée générale ou locale. Les collyres légèrement astringens et opiacés sont au contraire indiqués lorsque l'inflammation est peu active et qu'il y a suppuration. On tâche toujours aussi de prévenir ou d'enlever les adhérences anormales, les taies de la cornée et les autres altérations que l'inflammation pourrait occasioner.

Dans les cas rares où l'on ne parvient pas à enlever le corps étranger, on combat d'abord l'inflammation par les antiphlogistiques, et si elle ne cède pas, on hâte la suppuration par les fomentations

et injections émollientes, les vapeurs émollientes dirigées sur l'œil, les cataplasmes émolliens. Lorsque le corps étranger est enlevé par la suppuration, on traite celle-ci, suivant sa plus ou moins grande activité, par les émolliens ou les astringens.

Ammon, *Ueber das Eindringen fremder Körper in die vordere Augenkammer, in die Iris, Cornea und Conjunctiva corneæ.* (Græfe *und* Walther's *Journal, Bd.* 13, *S.* 404.)

2.° *Brûlures de l'œil.*

L'action du feu sur l'œil est très-dangereuse; elle produit non-seulement, comme les caustiques, l'inflammation, la vésication, l'ulcération des parties superficielles; le plus souvent elle occasionne une inflammation très-vive qui s'étend à tout le globe de l'œil, et réclame le traitement antiphlogistique le plus énergique, qui cependant sauve plus souvent la forme de l'organe que la vue elle-même.

3.° *Contusions de l'œil.*

L'œil, situé dans la cavité orbitaire et garanti de tous côtés par des proéminences osseuses, et en avant par les paupières, est par là bien moins exposé aux contusions que ne le ferait craindre sa situation à la superficie du corps; les coups portés sur cette région sont ordinairement amortis par le rebord surcilier, l'apophyse zygomatique et le nez; aussi

voyons-nous assez souvent des contusions et des ecchymoses considérables de ces parties sans que l'œil soit lésé. Mais lorsque, malgré l'abri que lui offrent les parties environnantes, le globe de l'œil a été atteint par le corps contondant, qui est très-souvent une pierre, un fouet, il en résulte presque toujours des accidens plus ou moins graves, dont les principaux sont l'épanchement de sang entre la conjonctive et la sclérotique, ou dans les chambres de l'œil, le décollement d'une partie de l'iris du ligament ciliaire, l'inflammation de l'œil ou de quelques-unes de ses parties, la cataracte et l'amaurose par suite de cette inflammation ou de la commotion de l'organe, le prolapsus du globe de l'œil.

J'ai parlé de l'épanchement de sang entre les membranes de l'œil et dans ses chambres, à l'article *Hæmophthalmie*. Le décollement d'une partie de l'iris par suite de la commotion de l'œil, fait qui a si heureusement été appliqué à l'opération de la pupille artificielle, donne naissance à une nouvelle pupille située latéralement, tandis que la pupille normale se rétrécit par l'effet du relâchement de l'iris. La partie décollée de cette membrane peut reprendre sa situation normale et contracter de nouvelles adhérences avec le ligament ciliaire. Mais il n'en est pas toujours ainsi; souvent le malade conserve deux pupilles, ce qui occasionne quelquefois la diplopie ou un trouble plus ou moins grand de

la vue, tandis que chez d'autres individus il n'en résulte qu'une légère difformité, la vue conservant sa netteté. L'art ne peut rien pour remédier au décollement de l'iris.

L'inflammation de l'œil survient toujours après des contusions violentes de cet organe, et doit être traitée d'après les règles établies dans les articles consacrés aux inflammations de l'œil.

La cataracte qui, après les contusions de l'œil, se forme quelquefois dans l'espace de peu d'heures ou de peu de jours, peut dépendre de l'inflammation de la capsule crystalline, mais le plus souvent elle paraît due à la rupture des liens qui attachent la capsule aux autres parties de l'œil; dans ces cas elle se forme très-rapidement, existe parfois sans aucune trace d'inflammation dans les autres parties de l'œil, survient même quelquefois à la suite de coups qui n'ont porté que sur les parties environnantes de l'œil, prend une couleur blanche éclatante, et se complique ordinairement d'amaurose; aussi est-elle presque toujours incurable. Quelquefois aussi le crystallin s'introduit dans la chambre antérieure, d'où il doit être retiré par une incision faite à la cornée.

L'amaurose produite par la contusion de l'œil peut survenir par suite de l'inflammation de l'œil, ou être l'effet de la commotion de cet organe. Dans le premier cas on combattra les symptômes inflam-

matoires, dans le second on emploîra les antiparalytiques, quoique le plus souvent en vain.

Enfin, la contusion de l'œil peut donner lieu au prolapsus de cet organe, à l'*ophthalmoptose;* l'œil fait alors une saillie plus ou moins forte hors de l'orbite, au point quelquefois qu'il pend sur la joue et ne peut plus être recouvert par les paupières. Le plus souvent ce prolapsus est accompagné d'une plaie extérieure; dans certains cas cependant la contusion ne produit aucune lésion extérieure, et le prolapsus est le seul phénomène apparent. Cet accident provient de la déchirure et du relâchement des muscles et du tissu cellulaire qui unissent le globe de l'œil aux parois orbitaires. L'inflammation en est la suite nécessaire; aussi le traitement consiste-t-il, au commencement, dans l'emploi énergique des moyens propres à combattre l'inflammation. On met le malade à une diète rigoureuse, on lui recommande la position sur le dos, et on emploie les saignées, les applications froides, les dérivatifs sur le canal intestinal. A mesure que l'inflammation diminue, l'œil rentre souvent de lui-même dans l'orbite; si le prolapsus persiste malgré la diminution de l'inflammation, on essaie de faire sur l'œil une légère compression au moyen d'une compresse et d'un bandeau ou du monocle. Employée plus tôt, cette compression augmenterait l'inflammation; même après la diminution de celle-ci, si le

malade ne supporte pas la compression, si elle lui cause des douleurs vives dans l'œil, il faut y renoncer; mais s'il ne s'en plaint pas, on l'augmente graduellement jusqu'à ce que l'œil ait repris sa place normale. A la suite du prolapsus de l'œil il reste ordinairement un strabisme, qui tantôt est incurable, tantôt se dissipe par l'exercice de l'œil, lorsque toutefois cet organe a conservé sa force visuelle, ce qui n'est pas toujours le cas. Lorsque le prolapsus est très-considérable, la gangrène peut s'emparer du globe oculaire; aussitôt qu'on s'en aperçoit, mais pas plus tôt, on procède à l'extirpation de l'œil.

4.° *Plaies de l'œil.*

L'œil étant composé d'un grand nombre de parties qui diffèrent entre elles par rapport à leur importance et à leur sensibilité, les plaies de l'œil doivent nécessairement beaucoup varier par rapport aux accidens qu'elles occasionnent et aux suites qu'elles peuvent avoir.

Je ne parlerai pas des plaies contuses; c'est une véritable complication des plaies avec la contusion de l'œil qui fait le sujet du précédent article; je ne parlerai pas non plus de la complication des plaies avec la présence dans l'œil de corps étrangers : ce que j'ai dit de ces derniers me dispense d'y revenir

et me permet de ne considérer ici que les plaies simples.

La blessure de la conjonctive même avec perte de substance est généralement peu grave; lorsque la partie qui recouvre la cornée a été lésée, il en résulte souvent un léger obscurcissement, mais qui se dissipe ordinairement.

Les blessures de la cornée laissent toujours à leur suite des cicatrices plus ou moins opaques. La plaie peut n'intéresser que les lames superficielles de la cornée, et guérit alors facilement; elle peut aussi pénétrer plus profondément et donner lieu à une hernie de la cornée (voyez cet article); enfin elle peut percer la membrane, et alors l'humeur aqueuse s'écoule, l'iris s'applique à la cornée ou fait hernie par la plaie et contracte quelquefois des adhérences avec elle.

Les blessures de l'iris donnent lieu à l'inflammation de cette membrane, qui se termine facilement par exsudation et par l'occlusion de la pupille.

Celles de la sclérotique occasionnent une inflammation quelquefois très-rebelle de cette tunique.

Les plaies qui intéressent le ligament ciliaire donnent fréquemment lieu à l'inflammation de l'iris et même à celle des autres parties de l'œil.

Lorsque la choroïde est blessée, il se fait souvent un épanchement de sang entre les tuniques ou dans les chambres de l'œil.

Les blessures de la rétine excitent d'ordinaire le vomissement et se terminent souvent par l'amaurose, tandis que celles du crystallin occasionnent l'obscurcissement de ce corps, la cataracte : celle-ci peut se dissiper par suite de la résorption du crystallin, lorsque la capsule a été lacérée ou incisée suffisamment.

Les blessures du corps vitré sont moins graves par elles-mêmes que par leur complication avec la lésion de l'une ou de plusieurs des tuniques de l'œil.

Il est rare qu'une seule partie de l'œil soit blessée; ordinairement les plaies en intéressent plusieurs, ce qui fait varier à l'infini les symptômes et la gravité de ces lésions. Les plaies les plus graves sont celles qui sont accompagnées de contusions, de tiraillement ou de déchirure des tuniques de l'œil; et parmi ces plaies, celle qu'on a appelée *confusion de l'œil*, et qui consiste dans la contusion de cet organe avec rupture des membranes et écoulement des humeurs, entraîne la perte immédiate de l'œil. Les plaies les moins graves sont celles qui présentent une incision très-nette et sont faites avec un instrument bien tranchant.

L'indication principale dans le traitement des plaies de l'œil, est de combattre l'inflammation, ou du moins de la maintenir dans de justes bornes; à cet effet on emploîra les moyens indiqués dans les

articles consacrés aux ophthalmies idiopathiques. Pour favoriser la cicatrisation, on met autant que possible les parties dans leur situation normale, et on maintiendra rapprochées les lèvres de la plaie en fermant les paupières, non-seulement du côté blessé, mais aussi du côté sain, afin d'empêcher l'œil sain de faire des mouvemens qui se communiqueraient à l'œil malade. Si la plaie est compliquée de prolapsus de l'iris ou du corps vitré, on agira de la manière indiquée aux articles Procidence de l'iris et Opération de la cataracte par extraction (pag. 277 et 341).

Après la cicatrisation des plaies, des altérations consécutives, telles que des taies de la cornée, la cataracte, etc., réclameront encore quelquefois les soins du médecin, qui cependant ne devra pas oublier qu'à la suite des blessures de l'œil, cet organe reste irritable pendant quelque temps et ne doit par conséquent pas être soumis à une opération sans nécessité absolue.

Larrey, Clinique chirurg., etc., 1829, t. I.er, p. 401.

CHAPITRE V.

CONSIDÉRATIONS SUR LES MÉDICAMENS OPHTHALMIQUES.

Quoique, dans le cours de cet ouvrage, j'aie déjà parlé de la manière d'employer sur l'œil différens médicamens, cependant je rassemblerai ici quelques considérations qui n'ont pas pu trouver place ailleurs, et qui contribueront peut-être à faire mieux appliquer les moyens ophthalmiques qu'on ne le fait habituellement. Je ne parlerai pas de ceux dont l'emploi n'offre rien de particulier; je me bornerai à dire quelques mots sur l'application à l'œil des collyres, onguens, poudres, vapeurs, de la douche, de l'électricité et du galvanisme.

1.° *Collyres.*

Autrefois on donnait le nom de collyre à tout médicament employé sur l'œil; quoique la signification de ce mot ait été restreinte de nos jours, elle n'est cependant pas la même pour tous les médecins : car, tandis que les uns appellent ainsi tout médicament sec, liquide ou gazeux, qu'on applique sur les yeux, les autres ne s'en servent que comme synonyme d'*eau ophthalmique*, et c'est dans cette dernière acception que nous l'emploîrons.

La composition des collyres varie beaucoup; le

plus souvent ce sont des solutions d'extraits, de teinture, de sels ou d'oxides dans une eau distillée. Pour donner une odeur agréable au collyre, on emploie fréquemment l'eau de rose, à laquelle quelques auteurs ont même attribué une propriété légèrement astringente : chez les pauvres l'eau distillée suffit. Afin de modérer l'action irritante de quelques collyres, on y ajoute du mucilage de semences de coings ou de gomme arabique, à la dose d'un gros pour trois à quatre onces de véhicule; en commençant l'usage des substances irritantes par de petites doses, on pourra se dispenser d'ajouter du mucilage aux collyres, excepté dans les cas où l'on voudrait suspendre dans un véhicule une poudre insoluble. Suivant les cas, on donne aux eaux ophthalmiques une température plus ou moins élevée, en plaçant la fiole dans de l'eau plus ou moins chaude ou sur un bain de sable, ou en versant une partie du collyre dans une cuillère qu'on chauffe à la flamme d'une bougie ou d'une lampe à esprit de vin.

Les collyres s'appliquent sur les paupières ou sur l'œil lui-même. Dans le premier cas on s'en sert comme fomentations, ou bien on lave seulement le bord des paupières avec une éponge ou un linge trempés dans le collyre, en ayant soin d'essuyer les paupières après l'application, afin d'empêcher que le liquide, en s'évaporant lentement, ne produise un mauvais effet ou du moins une sensation désa-

gréable. Lorsque le collyre doit être porté sur le globe de l'œil, et que le malade est obligé de le faire lui-même, il y parvient le mieux en trempant dans le collyre une petite éponge fine, qu'il applique à l'œil; puis, en entr'ouvrant les paupières en même temps qu'il comprime l'éponge, il fait pénétrer dans l'œil quelques gouttes du liquide. Une méthode qui est préférable surtout chez les enfans, consiste à faire coucher le malade sur le dos, la tête bien basse, à verser quelques gouttes du collyre dans une cuillère à café; puis, en entr'ouvrant les paupières, à instiller le liquide dans l'œil, ou bien à le verser dans l'angle interne de l'œil lorsqu'on ne parvient pas à ouvrir les paupières; en abaissant alors légèrement la paupière inférieure, le collyre s'introduit de lui-même. Dans les cas où il s'agit de n'appliquer à l'œil qu'une ou deux gouttes d'un liquide, ou de porter un médicament très-actif sur telle ou telle partie de la surface de l'œil, on se sert d'un pinceau qu'on trempe dans le liquide et qu'on applique à l'œil après avoir écarté préalablement les paupières; si le médicament est très-actif, et qu'on ne veut pas qu'il prolonge son action ou qu'il s'étende sur les parties environnantes, on passe avec un pinceau trempé dans de l'huile sur l'endroit qui vient d'être touché par le médicament actif.

Pour favoriser l'action d'un collyre, le malade doit garder les yeux fermés pendant quelque temps;

s'il ne l'applique qu'une fois par jour, il fait bien de s'en servir avant de se coucher.

Après l'application sur l'œil d'un médicament irritant, le malade sent de la douleur; l'œil est plus rouge, plus sensible, larmoyant. Ces symptômes persistent pendant quelques minutes, un quart-d'heure; la douleur se dissipe d'abord, et plus tard les autres symptômes : si ces derniers n'ont pas disparu au bout d'une demi-heure, l'action du médicament a été trop forte; on en diminue la dose ou on l'affaiblit en l'étendant. Si, au contraire, l'instillation n'a causé au malade aucune sensation désagréable, aucun effet apparent, le collyre est trop peu actif.

2.° *Onguens ou pommades ophthalmiques.*

On les prépare avec du beurre, de l'axonge, de la cire et de l'huile d'olives ou d'amandes douces, du beurre de cacao, auxquels on incorpore les substances actives. Je me sers de l'axonge, parce qu'il ne rancit pas aussi vite, ou du moins pas plus vite que le beurre, le cérat et les autres graisses; j'y ajoute par gros cinq à dix grains de cire, lorsqu'à cause de la température élevée de l'atmosphère, l'axonge a peu de consistance et laisserait tomber au fond les substances pesantes, telles que les oxides métalliques, qui doivent y être incorporées et éga-

lement réparties. Ces pommades peuvent être conservées pendant huit à dix jours sans rancir.

On applique les onguens ophthalmiques sur le bord des paupières ou sur le globe de l'œil : dans le premier cas on les étend avec le doigt, dans le second on se sert d'un pinceau, et on fait clore les paupières après l'application. Le plus souvent on ne s'en sert qu'une fois par jour; c'est alors en se couchant, que le malade doit l'appliquer; le matin il se lavera les yeux avec un peu d'eau tiède, pour enlever les restes de l'onguent.

Quelquefois, surtout chez les personnes qui ont la peau très-fine, les pommades occasionnent une inflammation érythémateuse de la peau; dans ce cas on se désiste de l'emploi des graisses, et on a recours aux collyres ou aux poudres.

3.° *Poudres ophthalmiques.*

Elles doivent être impalpables, afin de ne pas trop irriter l'œil; on les porte sur cet organe par l'insufflation ou au moyen d'un pinceau humide, qu'on charge de la poudre. Pour l'insufflation on prend un tuyau de plume ouvert aux deux extrémités, dans l'une desquelles on met la poudre; on souffle ensuite par l'autre en dirigeant le tuyau vers l'œil du malade, dont on a préalablement écarté les paupières : après l'application, celles-ci doivent rester fermées pendant quelque temps.

4.° *Vapeurs.*

Celles qu'on dirige vers l'œil proviennent ou bien de l'évaporation de liquides chauds, ou bien de la combustion de certaines résines ou gommes résines, ou bien, enfin, de la volatilisation de quelques substances, telles que l'ammoniaque, l'éther et les huiles essentielles. Dans le premier cas le malade tient l'œil au-dessus du vase qui contient le liquide, et, au moyen d'un linge ou même des mains, empêche les vapeurs de s'échapper trop promptement. Les vapeurs résineuses se dirigent facilement vers l'œil, en rapprochant cet organe de la braise ou de la plaque de fer ou de tôle, sur laquelle la résine est consumée, ou en renversant sur elle un entonnoir, dont on dirige l'orifice vers l'œil. Enfin, pour appliquer à l'œil les vapeurs ammoniacales et éthérées, on verse quelques gouttes d'ammoniaque, d'éther ou d'huile essentielle dans la paume de la main, on les y étend rapidement, et on approche la main de l'œil; ou bien on verse quelques gouttes de ces liquides sur une soucoupe légèrement chauffée ou dans un verre d'eau tiède, et on tient l'œil par-dessus.

C'est aussi par l'effet des émanations aromatiques qu'agissent les *sachets*, qu'on fait ordinairement avec du son, ou des fleurs de camomille ou de sureau, qu'on met dans un petit sac en toile bien

serrée, afin que la poussière n'en sorte pas : on attache ces sachets au front, et on les laisse pendre au devant de l'œil, qu'ils ne doivent point comprimer, ni tenir trop chaud. En guise de sachets, on se sert aussi avec avantage de compresses chauffées, qu'on frotte avec du camphre.

5.° *Douche.*

Il en est question à la page 145.

6.° *Électricité et galvanisme.*

Ces moyens ont été employés principalement dans l'amaurose et les paralysies des paupières. Sur le globe de l'œil on ne peut employer que l'électrisation par pointes et aigrettes; celle par étincelles s'applique aux paupières ou sur les nerfs sous-orbitaire et frontal, soit directement, soit en la combinant avec l'acupuncture. Le galvanisme ne s'applique également qu'à ces dernières parties. On doit toujours prendre la précaution de commencer par les chocs les moins violens; par exemple, lorsqu'on se sert d'une pile voltaïque dont les disques ont un pouce de diamètre, il vaut mieux essayer d'abord si cinq paires produisent une action quelconque sur le malade, que de risquer de causer un dommage quelquefois irréparable; le plus souvent on sera obligé d'augmenter le nombre des disques, d'aller jusqu'à

quinze, trente, même cinquante paires. L'application de l'un des pôles se fait ordinairement à la région des nerfs frontal et sous-orbitaire; tandis qu'avec l'autre pôle on touche l'occipital, la nuque, ou l'eau dans laquelle le malade plonge la main. Il ne m'est pas bien démontré encore qu'il y ait de l'avantage à placer sur le nerf l'un des pôles de préférence à l'autre; du moins les effets sensibles immédiats sont variables : tantôt c'est le pôle positif, tantôt le négatif, qui, appliqué au nerf, produit le choc le plus fort et la plus grande douleur; j'ai même observé ces deux effets chez le même malade, sans pouvoir découvrir la cause de cette irrégularité : il est vrai de dire cependant que d'ordinaire le pôle positif agit plus violemment. Pour empêcher que l'action du galvanisme ne lèse trop fortement la partie de la peau à laquelle il est appliqué, on se sert de fils conducteurs, munis à leur extrémité libre d'une petite boule, qui, mise en contact avec la peau, irrite celle-ci moins vivement qu'une extrémité pointue.

Ordinairement on emploie l'électricité et le galvanisme une ou deux fois par jour : au commencement on ne se sert que des degrés les plus faibles; mais peu à peu on en augmente la force, soit en faisant durer leur application plus longtemps, soit en rendant les commotions plus fortes ou plus nombreuses.

7.° *Formulaire ophthalmique.*

Après avoir indiqué les formes sous lesquelles on emploie les médicamens ophthalmiques, il me reste encore à indiquer les doses des principaux de ces moyens.

Alun (*sulfate acide d'alumine et de potasse pur*). En solution à la dose de quatre à six grains par once d'eau.

Ammoniaque. Sur le globe de l'œil on dirige les vapeurs ammoniacales (voy. art. *Vapeurs*, p. 464), soit pures, soit mêlées à des vapeurs éthérées; dans ce dernier cas on se sert souvent de la formule suivante du professeur Græfe.[1]

℞. Olei menthæ pip......... ℈ij.
Liq. ammon. caust........ ʒij.
Solut. adde
Naphth. sulfur........... ℈j.
M.

ou de celle de M. Demours.[2]

℞ Spir. vin. rectif.......... ℥j.
Balsam. Fioraventi....... ʒvj.
Ammon. liq............. ʒj.
M.

---

1 C. Græfe, *Repertorium augenärztlicher Heilformeln. Berl.*, 1817, §. 94.

2 Précis théor. et prat. sur les maladies des yeux, pag. 468.

Les mêmes préparations, ainsi que le liniment volatil, servent à faire des frictions autour de l'orbite et sur les paupières. Enfin, on emploie fréquemment aussi, dans les maladies des yeux, la pommade ammoniacale de Gondret, dont voici la formule :

℞. Adipis porc. paululum liquefacti. ʒvij.
Sebi ad candelas liquefacti..... ʒj.
Mixta conjice in lagenam perfecte obturatam ; adde
Ammon. liquid. (25°).......... ʒvj.—℥j.
M. agitando hermeticeque obtura.

Appliquée pendant cinq minutes, cette pommade rougit la peau ; dans l'espace de quinze à vingt minutes, elle produit la vésication, et au bout d'une heure une véritable cautérisation. On applique ordinairement cette pommade au front, aux tempes ou derrière les oreilles.

Parmi les préparations ammoniacales on emploie encore le *sel ammoniac* (*muriate d'ammoniaque*) en solution, à la dose de dix à quarante grains par once d'eau ; on en instille quelques gouttes dans l'œil, une ou deux fois par jour, contre les taies de la cornée.

Belladone. Pour fomentations calmantes, on fait usage d'une infusion préparée avec un scrupule de feuilles de belladone par once d'eau.

Pour dilater la pupille, on instille dans l'œil quelques gouttes d'une infusion de dix grains de feuilles

de belladone dans une demi-once d'eau, ou d'une solution de cinq grains d'extrait de belladone dans un gros d'eau; ou bien l'on fait deux fois par jour des frictions autour de l'orbite, avec une pommade composée d'un demi-gros à un gros d'extrait de belladone et d'une demi-once de graisse. Ces frictions ne dilatent la pupille qu'au bout d'un temps quelquefois considérable, tandis qu'une demi-heure ou une heure après l'instillation, la dilatation commence déjà à se faire, surtout lorsqu'on a employé le médicament tiède. La dilatation de la pupille persiste quelquefois pendant plusieurs jours.

Le docteur OEhler[1] a récemment fait connaître une préparation qu'il nomme *Atropine*, et qui, suivant lui, employée en instillation dans l'œil, à la dose d'un grain étendu dans quelques gouttes d'eau, dilate la pupille au bout de quelques minutes. L'atropine dont se sert M. OEhler est préparée d'après le procédé suivant par M. Wittstock, pharmacien à Berlin. Les feuilles de belladone sont mises en digestion avec de l'alcool et très-peu d'acide sulfurique : au bout de quelque temps on sépare les feuilles de l'alcool par le moyen du filtre; cet alcool alors est soumis à la distillation, qu'on pousse jusqu'à un certain point; le résidu est dissous dans l'eau et filtré : on y ajoute de l'acétate de plomb

---

1 Ammon's *Zeitschrift*, etc., tom. II, pag. 223.

liquide, aussi long-temps qu'il se forme un précipité; on chauffe ensuite la liqueur et on la filtre. A la partie filtrée on ajoute d'abord de l'acide sulfurique, ensuite on y fait entrer un courant d'hydrogène sulfuré, jusqu'à ce que l'oxide de plomb qui s'y trouve soit précipité. La liqueur étant filtrée de nouveau, on l'évapore au bain-marie à consistance d'extrait, en y ajoutant de la magnésie, et on fait dissoudre cet extrait dans de l'éther sulfurique alcoolisé. Cette liqueur éthérée est également évaporée à consistance d'extrait, et celui-ci dissous dans de l'eau distillée : ces deux dernières opérations sont répétées une seconde fois. L'extrait ainsi obtenu n'est pas considéré comme de l'atropine pure par le docteur OEHLER, mais comme un extrait essentiel de belladone.

BORAX (*sous-borate de soude*). Comme collyre; à la dose d'un demi-gros à un gros par once d'eau.

CHLORURE DE CHAUX. Comme collyre; un scrupule à deux gros par once d'eau.

CUIVRE. *Le sulfate et l'acétate* de ce métal sont employés contre les maladies des yeux. Le premier (*vitriol bleu*) est appliqué, soit en substance comme caustique, soit en solution comme collyre, à la dose d'un demi-grain à deux grains par once d'eau.

L'*acétate de cuivre* (*verdet*, *ærugo*) n'est em-

---

1 *Loc. cit.*, §. 315.

ployé que sous cette dernière forme, à la dose d'un à trois grains par once d'eau. Il forme aussi l'un des principaux ingrédiens de l'*eau céleste* ou *aqua saphyrina Taylori*, beaucoup employée autrefois contre les ophthalmies, et dont voici la composition :

℞.	Æruginis	gr. ß.
	Sal. ammoniac	gr. v.
	Aquæ calcis	℥j.
M. f. collyrium.		

Eau de laurier-cerise. On peut ajouter un ou deux gros de cette eau à un collyre de trois onces; ou bien on l'instille dans l'œil soit pure, soit tenant en dissolution quelque oxide ou sel métallique.

Huiles essentielles. Elles sont employées comme l'ammoniaque, en vapeurs et en frictions. Les huiles dont on se sert le plus souvent, sont celles de camomille, de cannelle, de fenouil, de gérofle, de lavande, de menthe poivrée, de thym, de valériane : on les emploie pures, ou combinées entre elles, ou unies à l'ammoniaque (voyez *Ammoniaque*).

Iode. Cette substance, récemment introduite dans le formulaire ophthalmique, peut être appliquée à l'œil en solution ou incorporée dans de l'axonge. M. Lugol se sert, comme collyre, d'une solution d'un demi-grain ou un grain d'iode, et un ou deux grains d'hydriodate de potasse, dans quatre onces d'eau; il applique aussi au bord des paupières, et instille même dans l'œil, sa solution iodurée rubéfiante, composée

d'une demi-once d'iode et d'une once d'iodure de potassium sur six onces d'eau distillée. Les pommades ophthalmiques iodurées se préparent avec un ou deux grains d'iode, ou deux à quatre grains d'hydriodate de potasse, pour un gros d'axonge.

JUSQUIAME. Cette plante a sur l'œil une action pareille à celle de la belladone, mais moins énergique; aussi les doses peuvent-elles être un peu plus fortes: on s'en sert de la même manière comme de la belladone. Pour dilater promptement la pupille, le docteur OEHLER[1] s'est servi d'une préparation qu'il nomme *Extrait essentiel de semences de jusquiame*, qu'il obtient en faisant digérer, à une température de 60 à 70° R., dans de l'alcool à 0,85°, des semences de jusquiame. Après avoir renouvelé deux fois l'alcool, il réunit les trois portions, les filtre et fait ensuite évaporer à une douce température. L'extrait ainsi obtenu est traité par l'eau; cette solution, filtrée et évaporée, fournit l'extrait essentiel. Les expériences que j'ai faites avec l'extrait ainsi préparé, m'ont fait voir que la pupille commence à se dilater fortement dix ou douze minutes après qu'on a instillé dans l'œil deux ou trois gouttes d'une solution de cinq gouttes d'extrait dans vingt gouttes d'eau distillée. J'ai instillé dans un œil affecté de cataracte deux gouttes de cette solution la veille de l'opération, et seize

1 AMMON's *Zeitschrift, etc.*, tom. II, pag. 223.

heures après l'instillation la pupille était encore extrêmement dilatée. L'extrait essentiel de semences de jusquiame et l'atropine sont des préparations fort utiles dans les cas où le médecin doit examiner sans délai les parties profondes de l'œil, ainsi que dans les cas de cataracte centrale ou de taie centrale mais peu étendue de la cornée, où les malades ne voient que lorsque la pupille est dilatée, et où par conséquent les préparations de belladone et de jusquiame, en maintenant la dilatation de la pupille, dispensent le malade d'une opération dont l'issue est toujours plus ou moins incertaine.

Mercure. Ce métal fournit plusieurs moyens fort usités dans le traitement des maladies des yeux.

On se sert de l'*onguent napolitain*, quelquefois aussi de l'*onguent gris*, pour faire des frictions autour de l'orbite; on incorpore souvent à ces onguens de l'opium en poudre ou en teinture, de l'extrait de belladone ou de jusquiame. On prend ordinairement un scrupule à un gros de ces substances narcotiques pour une demi-once d'onguent, et on fait les frictions une ou deux fois par jour.

Le *calomel* (*mercure doux*, *muriate de mercure sublimé*, *proto-chlorure de mercure*) est surtout employé en poudre uni à du sucre, à la dose de quelques grains par gros de sucre, ou même à parties égales avec ce dernier. Combiné avec l'eau de chaux, le calomel forme le *black wash*, beaucoup

employé en Angleterre, et l'*aqua ophthalmica nigra* du professeur GRÆFE[1]. Cette dernière, qu'on emploie en fomentations dans les ophthalmies purulentes lorsque la douleur a diminué d'intensité, est composée ainsi qu'il suit :

℞. Mercur. dulcis .... ℈j.
Aq. rosar. .... ℥j.
Aq. calcis vivæ.......... ℥vj.
Extr. hyoscyami......... ʒß.
M.

Le *sublimé corrosif* (*muriate de mercure oxigéné*, *deuto-chlorure de mercure*) s'emploie comme collyre, à la dose d'un demi-grain à un grain dans quatre onces d'eau distillée. En ajoutant à cette solution un à deux gros de laudanum liquide de Sydenham, on obtient le collyre très-usité en Allemagne sous le nom d'*aqua Conradi*.

Le *précipité blanc de mercure* (*muriate de mercure sous-oxigéné*, *proto-chlorure de mercure*) est appliqué à l'œil sous forme d'onguent; on en prend un à dix grains par gros d'axonge. Il est le principal ingrédient de la *pommade ophthalmique de Janin*, dont voici la formule :

℞. Merc. præc. albi......... ʒj.
Tutiæ præp.
Boli armen. ãã.......... ʒij.
Axung. porc............. ℥ß.
M.

---

1 C. GRÆFE, *Repertorium*, etc., §. 315.

Cet onguent est beaucoup trop irritant pour être employé pur, surtout avant que l'œil ne soit habitué aux substances irritantes; on peut en mêler une partie à trois ou quatre parties d'axonge.

Le *précipité rouge de mercure* (*oxide de mercure rouge*, *deutoxide de mercure*) est plus actif que le blanc; on l'emploie également incorporé à de la graisse, à la dose d'un à cinq grains par gros d'axonge. Il forme la partie principale du *baume ophthalmique de Saint-Yves*, qui est composé ainsi qu'il suit :

℞. Merc. præc. rubr........ ʒijß.
Tutiæ præpar.......... ʒj.
Camphoræ vitel. ovi subact. ʒß.
Butyr. recent. insuls...... ℥iij.
Ceræ alb.............. ℥ß.
M.

Les pommades ophthalmiques de Janin et de Saint-Yves ont joui d'une grande célébrité, et sont encore employées quelquefois par les médecins et le public non médical. On se sert beaucoup aussi des deux pommades suivantes, dont la première est employée à l'Hôtel-Dieu par M. Dupuytren, et la seconde est recommandée par le professeur Rust.

Pommade de Dupuytren.

℞. Merc. pr. rubr.......... gr. x.
Sulf. zinci.............. gr. xx.
Axung. porc............. ℥ij.
M.

Pommade de Rust.

℞. Merc. pr. rubr. (v. albi).. gr. iiij—vj.
Aceti saturn.
Laud. liq. Syd. ââ....... ʒß.
Butyr. rec. insuls........ ʒij.
M.

Le précipité rouge entre aussi dans la composition des *pommades ophthalmiques de Grandjean*, *de Régent* et de la plupart de celles vendues par les charlatans et oculistes ambulans.

On fait bien de se servir aussi peu que possible de ces pommades composées; le plus souvent on réussit tout aussi bien en n'incorporant à la graisse qu'une seule substance active, dont on varie alors la dose suivant le degré de la maladie et la susceptibilité de l'organe affecté.

Outre les préparations mercurielles indiquées jusqu'ici, on emploie fréquemment en Angleterre les deux onguens officinaux suivans :

Unguent. nitratis hydrargyri mitius pharm. Edinb.

℞. Hydrargyri purif........ ℥ij.
Acidi nitrici ....f. ℥ß.
Adipis præp............. ℥ivß.
Olivæ olei ....f. ℥iij.
M.

Unguent. hydrargyri nitrico-oxydi pharm. Lond.

℞. Hydrarg. nitrico-oxydi . . . ℥j.
Ceræ albæ . . . . ℥ij.
Adipis præp. . . . . ℥vj.
M.

Ces onguens sont appliqués sur le bord des paupières ou sur la conjonctive dans les ophthalmies chroniques.

Opium. Il est employé autour de l'œil en frictions, soit pur, soit mêlé à du calomel, soit incorporé à de la graisse ou de l'onguent mercuriel. Lorsqu'on l'emploie pur ou mêlé à deux ou trois fois son poids de calomel, on l'humecte avec un peu d'eau tiède ou de salive, et on en frictionne la région susorbitaire une à trois fois par jour, en employant chaque fois un ou deux grains d'opium. On fait aussi ces frictions avec une pommade dans laquelle entre un scrupule à un gros d'opium ou de laudanum par demi-once de graisse. Sur l'œil lui-même on applique la teinture simple, le laudanum liquide de Sydenham, l'extrait aqueux, l'eau distillée d'opium. Ces préparations sont portées sur l'œil soit pures, soit étendues d'eau, soit mêlées à des collyres. La teinture simple et le laudanum s'ajoutent aux collyres à la dose de cinq à vingt gouttes par once d'eau, et l'extrait aqueux à celle d'un ou deux grains. L'eau distillée d'opium de la Pharmacopée prussienne est un médicament fort

utile dans certains cas; on en ajoute un ou deux gros à un collyre de trois onces, ou bien on l'emploie pure ou tenant en dissolution des substances métalliques : le sulfate de zinc, la pierre divine.

PIERRE DIVINE (*lapis divinus*). On appelle ainsi une substance dont SAINT-YVES[1] indique ainsi la préparation :

℞. Vitriol. de cypro
Nitri
Aluminis ââ .... ℔j.
Cont. et pulv. in vase vitreo
cal. arenæ liquefactis, adde
Camphor. trit........... ℥ij.
Mixtam et refrigerat. massam
serva. S. lapis divinus.

Au sulfate de cuivre BEER[2] substituait l'acétate, tandis que le Codex parisien n'a fait que changer les proportions de SAINT-YVES, en prenant trois onces de chacune des trois premières substances et un gros de camphre. C'est la dissolution d'un gros de cette dernière préparation dans deux livres d'eau, qui porte dans le Codex le nom de *collyre des sels fondus au feu.* Il vaut mieux ne pas s'en tenir à cette solution officinale, et modifier la dose de la pierre divine suivant le besoin d'un à dix grains par once d'eau.

---

1 SAINT-YVES, Nouveau traité des malad. des yeux. Amst., 1736, pag. 148.

2 BEER, *Lehre*, *etc.*, tom. Ier, pag. 211.

Pierre infernale (*nitrate d'argent fondu*). Lorsque cette substance est appliquée à l'œil comme caustique, on passe immédiatement après sur la place cautérisée un pinceau trempé dans de l'huile ou dans une solution de gomme, afin d'enlever les parties de la pierre infernale qui pourraient être restées sur l'œil, et qui étendraient la cautérisation à des parties qu'on voulait ménager. On emploie aussi comme collyre le nitrate d'argent en solution, à la dose d'un demi-grain à quatre grains par once d'eau : quelquefois on incorpore ce caustique dans de la graisse. M. Guthrie[1] se sert de la pommade suivante, qui est assez répandue parmi les médecins anglais; mais qui ne convient que dans les cas où l'atonie de la conjonctive est très-forte.

℞.	Argent. nitrat.	gr. ij. ad gr. x.
	Liq. plumbi subacet.	gtt. xv.
	Ungt. cetacei	ʒj.
M.		

Plomb. Parmi les préparations saturnines, l'extrait et le sucre de Saturne sont les seules encore employées aujourd'hui dans les maladies des yeux : on s'en sert sous forme de collyre ou de pommade ophthalmique.

La dose de l'*extrait de Saturne* (*sous-acétate de plomb liquide*) est de quelques gouttes jusqu'à deux

---

1 *The Lancet*, 1828 — 1829, vol. 2, pag. 678.

scrupules par once d'eau, et de quatre à dix grains par gros d'axonge. On peut aussi se servir de l'*eau de Goulard* comme collyre ou pour fomentations.

Le *sucre de Saturne* (*acétate de plomb cristallisé*) s'emploie à la dose d'un à cinq grains par once d'eau, ou par gros d'axonge.

Potasse caustique (*pierre à cautère*). Cette substance est employée soit pure, comme la pierre infernale et avec les mêmes précautions, soit en solution à la dose d'un demi-grain à deux grains par once d'eau.

Tartre stibié (*tartrate de potasse antimonié*). Comme collyre, à la dose d'un à quatre grains par once d'eau; comme pommade, à la dose d'un demi-grain à deux grains par gros d'axonge.

On emploie très-souvent dans les maladies des yeux la pommade et l'emplâtre stibiés pour produire la révulsion. La *pommade stibiée* ou d'*Autenrieth* se prépare avec un gros de tartre stibié et deux à six gros d'axonge; on en fait des frictions a la nuque matin et soir, pour provoquer l'éruption de pustules semblables aux boutons varioleux. Au lieu de la pommade, on peut se servir de l'*emplâtre stibié*, qu'on prépare avec un gros de tartre stibié et trois à six gros d'emplâtre citrin, d'emplâtre de diachylon gommé, ou de tout autre emplâtre agglutinatif. Au bout de deux ou trois jours de l'application de cet emplâtre, les boutons commencent à

se développer; aussi long-temps que ceux-ci sont très-petits, on peut continuer l'usage de l'emplâtre stibié; lorsqu'ils deviennent plus gros, on remplace cet emplâtre par celui de diachylon gommé ou par l'emplâtre citrin; mais on revient au premier aussitôt que les boutons tendent à sécher : on continue ainsi aussi long-temps que la révulsion doit être entretenue. L'emplâtre stibié présente l'avantage d'être plus propre que la pommade d'Autenrieth, d'exiger moins de soins et d'avoir une action limitée; tandis que la pommade est quelquefois étendue sur de grandes surfaces par les gens peu soigneux, ou par les mouvemens des malades. Cette pommade a par contre l'avantage de provoquer l'éruption plus vite que l'emplâtre.

Zinc. Les *fleurs de zinc* (*oxide de zinc*) et la *tutie* (mélange d'oxide de zinc et de zinc à l'état métallique) s'emploient sous forme de collyres ou de pommades ophthalmiques, à la dose de cinq à quinze grains par once d'eau, et de deux à dix grains par gros d'axonge. Quelquefois aussi on se sert de ces deux substances en poudre pour l'insufflation, et on les mélange alors à du sucre par parties égales, ou en prenant deux ou trois fois autant de sucre que de tutie ou de fleurs de zinc.

Un des moyens qu'on emploie le plus fréquemment dans les maladies des yeux, c'est le *sulfate de zinc* (*vitriol blanc*). Pour un collyre on en prend

un à six grains par once d'eau; pour une pommade ophthalmique, deux à dix grains par gros d'axonge. Au lieu de cette pommade, on se sert aussi d'un blanc d'œuf fouetté, auquel on a préalablement ajouté vingt à trente grains de sulfate de zinc; ou bien on coupe en deux un œuf dur, on en sort le jaune, puis, après avoir rempli la cavité de sulfate de zinc pulvérisé, on réunit les deux portions et on les maintient au moyen de fils; lorsqu'on suppose que le sulfate de zinc est dissous, on exprime et on se sert de cette liqueur, qu'HUFELAND [1] recommande dans toutes les ophthalmies chroniques; mais surtout pour en enduire le bord des paupières dans l'ophthalmie varioleuse, qui persiste après la dessiccation des pustules.

Quelques médecins substituent au sulfate de zinc le *sulfate de cadmium*, qui cependant ne présente aucun avantage réel.

---

1 C. W. HUFELAND, *Bemerkungen über die natürlichen und inoculirten Blattern, etc. Berlin*, 1798, pag. 135.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES.

EXPLICATION DES PLANCHES.

Planche I.re

Fig. 1. *Inflammation de l'iris.* La couleur de cette membrane est altérée; du bleu elle a passé au vert. Deux abcès se sont formés dans l'iris, dont l'un, situé à la partie inférieure et interne de cette membrane, s'est ouvert et a donné lieu à un épanchement purulent dans la chambre antérieure; épanchement qui constitue l'hypopyon et qui se distingue par sa couleur jaune, sa forme semi-lunaire, et sa situation à la partie la plus déclive de la chambre antérieure. (D'après Beer.)

Fig. 2. *Ophthalmie externe arrivée à l'état de chémosis.* La conjonctive forme, autour de la cornée, un bourrelet qui couvre même le bord de celle-ci. La cornée est enflammée; on y distingue des vaisseaux sanguins. (D'après Beer.)

Fig. 3. *Ophthalmie interne.* La couleur de l'iris est altérée; la pupille presque effacée; la sclérotique présente la rougeur pâle qui caractérise son inflammation; la conjonctive est injectée. (D'après Beer.)

Fig. 4. *Ophthalmie purulente chronique.* La paupière supérieure est renversée en dehors, afin de faire voir la conjonctive dégénérée et couverte de granulations réunies en petits lobes, séparés par des fissures, dans quelques-unes desquelles on voit un peu de pus. (D'après B. Éblé.)

Fig. 5. *Ophthalmie scrophuleuse.* Les vaisseaux injectés de la conjonctive sont réunis en paquets et se dirigent vers la cornée; au sommet de l'un de ces paquets de vaisseaux, au bord externe et inférieur de la cornée, se trouve une petite pustule; au sommet d'un autre paquet, en face du bord pupillaire de l'iris et recouvrant une partie de la pupille, une pustule s'est ouverte et changée en ulcère. (D'après Beer.)

Fig. 6. *Ophthalmie scrophuleuse.* Inflammation scrophuleuse de la cornée. Cette tunique est comme couverte de poussière; on y distingue quelques vaisseaux sanguins, et à la partie supérieure l'on aperçoit du sang épanché entre les lames de la cornée. (D'après R. Froriep.)

Fig. 7. *Ophthalmie arthritique;* première variété : iritis. Iris altéré dans sa structure et sa couleur; pupille anguleuse; cercle blanc-bleuâtre autour de la cornée; vaisseaux variqueux de la conjonctive. (D'après Beer.)

Fig. 8. *Ophthalmie arthritique;* deuxième variété : inflammation des parties profondes de l'œil; glaucome. Pupille dilatée transversalement et présentant une coloration verdâtre; cercle blanc-bleuâtre autour de la cornée; vaisseaux injectés de la conjonctive. (D'après Beer.)

Fig. 9. *Ophthalmie syphilitique.* Iris bleu changé en vert; pupille déformée, tirée vers en haut et en dedans; condylomes au bord pupillaire et au bord ciliaire de l'iris; cercle de vaisseaux injectés autour de la cornée. (D'après Beer.)

Planche II.

Fig. 10. *Fistule du sac lacrymal; orgeolet; cataracte crystalline.* Près du grand angle de l'œil on voit une tumeur rouge provenant de l'inflammation du sac lacrymal; cette maladie s'étant terminée par suppuration, le pus s'est frayé une route au dehors, et l'on voit à la partie inférieure de la tumeur l'ouverture par laquelle il s'est écoulé et qui constitue la fistule du sac lacrymal. — L'orgeolet se trouve au bord de la paupière supérieure. — La cataracte crystalline présente une couleur grise uniforme; entre le bord pupillaire de l'iris et la cataracte on aperçoit un cercle noirâtre, c'est l'ombre que l'iris projette sur le crystallin obscurci, lequel, n'étant pas augmenté de volume, se trouve à une certaine distance de l'iris. (D'après Ammon [*chirurgische Kupfertafeln, Taf.* 208], Demours et Beer.)

Fig. 11. *Hydropisie du sac lacrymal; cataracte capsulaire.* La tumeur, située au grand angle de l'œil près de la racine du nez, est formée par le sac lacrymal, distendu par des mucosités qui ne peuvent s'échapper à cause de l'obstruction des conduits lacrymaux et du canal nasal; cet état, appelé hydropisie du sac lacrymal par Beer, a été décrit à la page 31. — La cataracte qu'on aperçoit à travers la pupille, consiste dans l'obscurcissement de la

capsule crystalline; l'opacité est blanche, inégale, nacrée. La capsule, étant tuméfiée, touche l'iris; aussi ne voit-on pas dans ce cas l'ombre projetée par l'iris sur la cataracte dans la figure précédente; car il ne faut pas confondre avec cette ombre le cercle noir qu'on remarque au bord pupillaire de la plupart des iris, et qu'on voit aussi sur l'iris de cet œil affecté de cataracte capsulaire. (D'après Ammon et Beer.)

Fig. 12. *Trichiasis; distichiasis; ptérygion.* A la paupière supérieure de cet œil les cils sont tournés vers le globe oculaire, ce qui constitue le trichiasis. A la paupière inférieure on voit une rangée de cils qui a conservé sa position normale, tandis qu'une autre rangée, qu'on pourrait même subdiviser en deux, est dirigée vers le globe de l'œil; c'est là le distichiasis. On aperçoit en outre sur cet œil une dégénérescence rouge et pyramidale de la conjonctive oculaire, un ptérygion. (D'après Demours et Beer).

Fig. 13. *Pannus.* (D'après Beer.)

Fig. 14. *Ectropion; procidence de l'iris; taie de la cornée.* La paupière inférieure est renversée en dehors; la conjonctive est rouge par suite de son exposition aux agens extérieurs. A la partie inférieure de la cornée l'on voit une petite tumeur noire, formée par l'iris engagé dans une ouverture de la cornée. Cette procidence de l'iris, en raison de sa configuration, a reçu le nom de *tête de mouche* (*myocephalon*). Elle est entourée d'un obscurcissement (*taie*) de la cornée, suite d'une inflammation vive de cette tunique. La taie s'étend jusqu'au centre de la cornée et masque en partie la pupille. (Daprès Demours et Beer.)

Fig. 15. *Procidence multiple de l'iris* (*staphyloma racemosum*). L'iris fait hernie à travers plusieurs ouvertures de la cornée, ce qui donne à cette partie de l'œil l'aspect d'une mûre. (D'après Beer.)

Fig. 16. *Staphylome sphérique total.* La cornée est opaque et forme une protubérance à la partie antérieure de l'œil; quelques vaisseaux sanguins rampent sur la tumeur. (D'après Demours.)

Fig. 17. *Staphylome partiel.* Une partie de la cornée forme une saillie en avant; dans cet endroit l'iris adhère à la face postérieure de la cornée. (D'après Demours.)

Fig. 18. *Staphylome conique.* La cornée dégénérée forme dans cet œil une protubérance conique peu considérable. (D'après Beer.)

Planche III.

Fig. 1. Stylet en argent.
— 2. Sonde en baleine.
— 3. Bistouri à lame étroite pour l'opération de la fistule lacrymale.
— 4. Instrument du professeur Dupuytren pour l'opération de la fistule lacrymale.
a. Mandrin. *b.* Canule.
— 5. Bougie en plomb, de Scarpa, employée dans le traitement de l'obstruction du canal nasal.
— 6. Pince pour arracher les cils déviés dans le trichiasis.
— 7. Plaque de corne pour l'ablation du bord des paupières.
— 8. Pince à entropion du professeur Græfe.
— 9. Élévatoire de Pellier.
—10. Pince à dents de Blömer.
—11. Pince oculaire ordinaire.
—12. Ciseaux courbes sur leur plat.
—13. Pique de Pamard.
—14. Petit crochet.
—15. Couteau à cataracte, de Beer.
—16. Aiguille à cataracte droite.
—17. Aiguille à cataracte courbe, à laquelle se rapportent celles de Schmidt, Dupuytren, etc.
—18. Aiguille courbe de Scarpa; elle présente à sa face concave une crête longitudinale qui divise cette face en deux facettes latérales.
—19. *a.* Spatule. *b.* Curette de Daviel.

FIN.

ERRATA.

Page 147, ligne 24, *cornée*, lisez *conjonctive*.
— 212 — 22 *bulbes*, — *bulles*.
— 225 — 21 *celle-ci*, — *celui-ci*.
— 311 — 5 *qui grossisse les objets*, lisez *qui font tomber les rayons sur la circonférence du cristallin*.

TABLE ALPHABÉTIQUE.

— 490, après *Papule maligne*, ajoutez *Paracentèse de l'œil*. 156.

— 491, après *Pommette*, ajoutez *Ponction de la cornée*. 156.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.

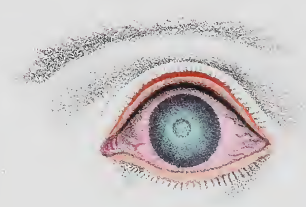


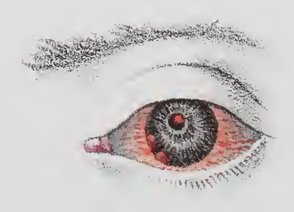
Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.



Lith. de F. G. Levrault.

Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.



Fig. 13.



Fig. 14.



Fig. 15.

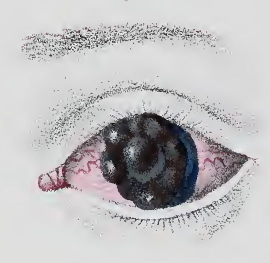


Fig. 16.

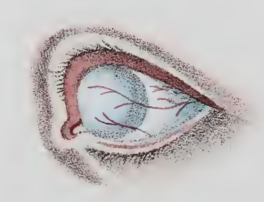


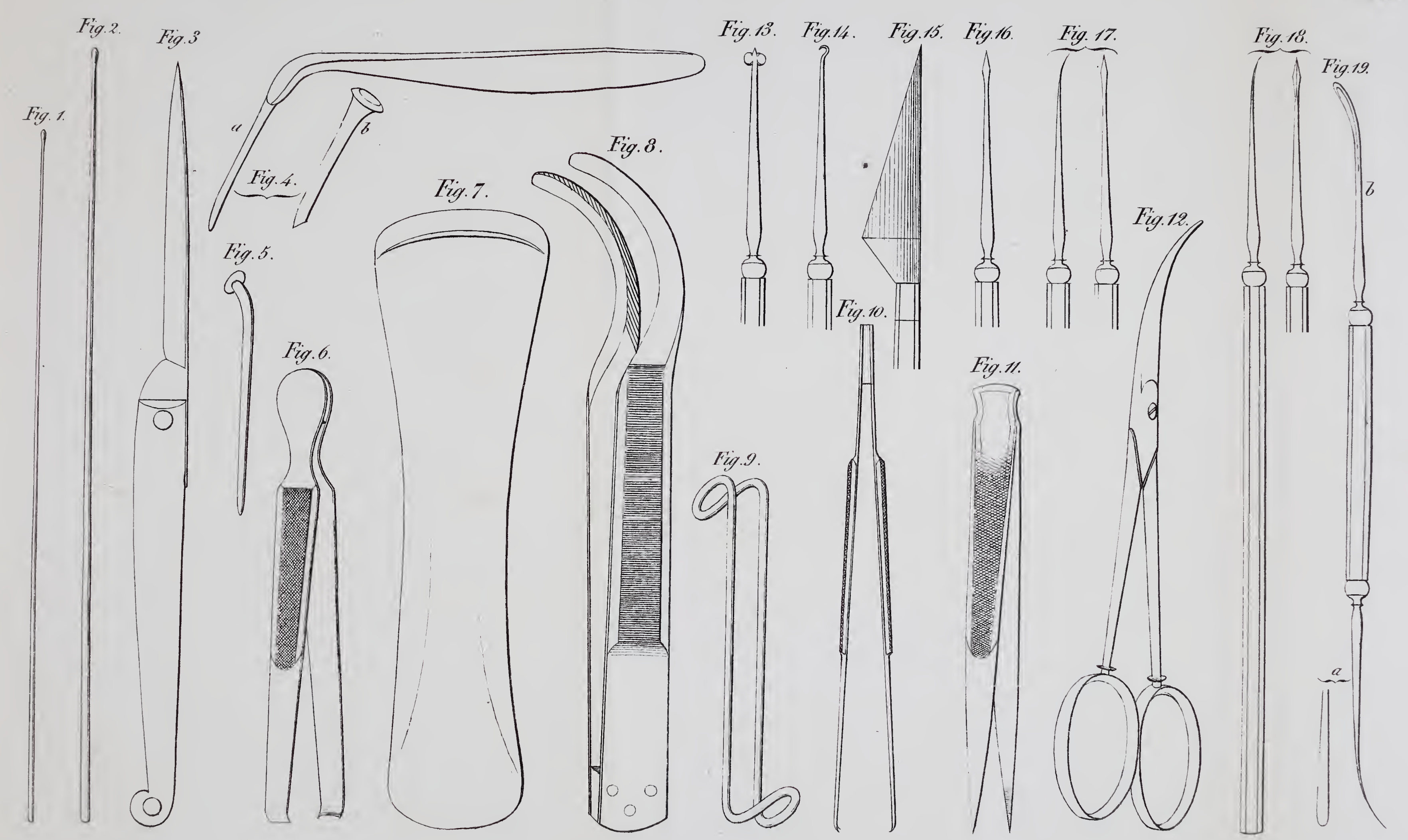
Fig. 17.



Fig. 18.



Lith. de F. G. Levrault.



Lith. de F. G. Levrault.

